



医療文書管理システム

# メディカル文書

株式会社メディカルアプリ



ユーザID

パスワード変更

パスワード

ログイン情報

ログイン



クリア

登録

記録日 2025/11/19

記録者 テスト 医師

履歴

記録日 記録者

新規

2025/11/19 テスト 医師

## 基本情報

## 連絡先等

の部分は、ORCAから取り込まれる項目です。

患者番号 00001

カナ氏名 タナカ イチロウ

性別 男

死亡区分

テスト患者

漢字氏名 田中 一郎

生年月日

昭和45年05月05日

55歳

通名

住所 111-2222

地図

千葉県千葉市中央区

電話番号 080-1234-5678

連絡先

世帯主名

続柄

状態

禁忌

アレルギー

感染症

コメント

身体情報:

身長 176 cm

体重 68.9 kg

BMI 22.2

血液型

Rh

プロブレム

服用中薬剤  無  有日常生活自立度: 寝たきり度  J1  J2  A1  A2  B1  B2  C1  C2認知症度  I  IIa  IIb  IIIa  IIIb  IV  M

負担限度額認定

負担割合

年金の種類

千円/月

身体障害者手帳

種

級

障害名

患者番号  カナ氏名  生年月日  状態 

検索

患者番号	カナ氏名	氏名	性別	生年月日	年齢	住所	電話番号	コメント	状態
00032	アソ シロウ	阿蘇 次郎	男	1975/04/01	50	鹿児島県鹿児島市西田	099-222-1111		該当なし
00031	トチギ タロウ	栃木 太郎	男	1941/05/01	84	鹿児島県鹿児島市武	099-111-2222		該当なし
00030	ミエ カズコ	三重 一子	女	1944/03/05	81				該当なし
00028	エヒメ ハナコ	愛媛 花子	女	1987/05/01	38	鹿児島県鹿児島市常盤町	099-111-2222		該当なし
00027	オカヤマ モモ	岡山 モモ	女	1987/09/01	38	鹿児島県鹿児島市武			該当なし
00026	トットリ ハナコ	鳥取 春菜子	女	1980/03/05	45	鹿児島県鹿児島市武	099-111-2222		該当なし
00025	シマネ サブロウ	島根 三郎	男	1975/04/01	50	鹿児島県鹿児島市西田			該当なし
00024	ヒロシマ タロウ	広島 太郎	男	1975/04/01	50	鹿児島県鹿児島市武	099-333-2222		該当なし
00023	ヤマグチ ハナコ	山口 ハナ子	女	1947/03/23	78	鹿児島県鹿児島市鷹師	099-222-3333		該当なし
00022	サガ シロウ	佐賀 次郎	男	1942/04/03	83	鹿児島県鹿児島市武			該当なし
00021	トウキョウ タロ	東京 太郎	男	1975/04/01	50	鹿児島県鹿児島市薬師	099-299-1234		該当なし
00017	フクシマ ゲンキ	福島 元気	男	2018/04/01	7	鹿児島県鹿児島市鷹師	099-111-2345		該当なし
00016	ミヤギ タロウ	宮城 太郎	男	1975/11/11	50	鹿児島県鹿児島市常盤町	099-222-5555		該当なし
00015	ヤマガタ ヘン	山形 弁	男	1940/04/01	85	鹿児島県鹿児島市常盤			該当なし
00014	イワテ カモメ	岩手 カモメ	男	1926/02/15	99	鹿児島県鹿児島市西田	099-2222-3333		該当なし
00013	アキタ キリ	秋田 キリ	女	1992/04/04	33	鹿児島県鹿児島市常盤町	099-222-1111		該当なし
00012	アオモリ リンゴ	青森 リンゴ	女	1997/09/09	28	鹿児島県鹿児島市上荒田町	099-111-8888		該当なし
00011	ホッカイ ドウ	北海道	男	2018/04/01	7	鹿児島県鹿児島市西田	099-1111-7777		該当なし
00010	アマミ ミツオ	奄美 三男	男	1970/01/01	55	鹿児島県鹿児島市西田	099-111-6666		テスト
00009	ナガサキ イチコ	長崎 いち子	女	2003/04/01	22	鹿児島県鹿児島市武	099-111-5555		該当なし
00008	サガ サブロウ	佐賀 三郎	男	1940/04/01	85	鹿児島県鹿児島市薬師	099-111-4444		該当なし
00007	オキナワ シロウ	沖縄 次郎	男	1969/02/17	56	鹿児島県鹿児島市鷹師	099-111-3333		該当なし
00006	フクオカ ハナコ	福岡 ハナ子	女	1949/01/01	76	鹿児島県鹿児島市常盤町	099-333-4444	はなこコメント	訪問診療

## 診療情報提供書

 御依頼  御返事

令和7年11月01日

紹介先	医療機関名	テスト提携クリニック	紹介元	医療機関名称	メディカル医院
	担当医	先生御机下		住所	東京都千代田区〇〇-△△
			電話番号	03-1234-5678	
			医師氏名	テスト 医師 ⑩	

患者情報	フリガナ	タナカ イチロウ	住所	千葉県千葉市中央区		
	氏名	田中 一郎 様		〒 111-2222	電話	080-1234-5678
	生年月日	昭和45年05月05日 生 (55歳)	性別	男	職業	

傷病名	
紹介目的	
既往歴 及び家族歴	
症状経過 および 検査結果	
治療経過	
現在の処方	
備考	

(別紙様式12の4)

都道府県が指定する指定居宅介護支援事業所等向け 診療情報提供書

令和7年11月19日

情報提供先事業所

紹介元医療機関の所在地及び名称

担当 \_\_\_\_\_ 殿

東京都千代田区〇〇-△△

メディカル医院

電話番号 03-1234-5678

FAX番号 03-1234-5679

医師氏名 テスト 医師

印

患者氏名	鹿児島 一太郎	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
電話番号	099-299-0099	職業	
患者住所	鹿児島県鹿児島市武 1 丁目 2 3 - 2 5		
情報提供の目的			
傷病名	生活機能低下の原因になっているもの 発症日: _____ 発症日: _____		
その他の傷病名			
<u>傷病の経過及び治療状況</u>			
診療形態	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 入院	入院患者の場合	入院日: 退院日:
<u>必要と考える介護・福祉サービス又はサービス利用に際しての留意点等</u>			

障害高齢者の生活自立度
<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
認知症高齢者の生活自立度
<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M

# 診断書

住所 千葉県千葉市中央区

氏名 田中 一郎 男

昭和45年05月05日 生

傷病名

上記の通り診断します。

令和7年11月01日

東京都千代田区〇〇-△△

メディカル医院

電話 03-1234-5678

医師 テスト 医師 印

# 主治医意見書

記入日 令和7年11月19日

申請者	(ふりがな) かがしま いちたろう	男	〒 890-0045 鹿児島県鹿児島市武
	鹿児島 一太郎		1丁目23-25
	平成12年06月10日 生 ( 25 歳)		連絡先 099-299-0099

上記の申請者に関する意見は以下の通りです。  
 主治医として、本意見書が介護サービス計画作成等に利用されることに  同意する。  同意しない。

医師氏名 \_\_\_\_\_

医療機関名 メディカル医院 電話 03-1234-5678

医療機関所在地 東京都千代田区〇〇-△△ FAX 03-1234-5679

(1) 最終診察日	
(2) 意見書作成回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上
(3) 他科受診の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合) → <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> ( )

## 1. 傷病に関する意見

(1) 診断名 (特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1. に記入) 及び発症年月日

1. \_\_\_\_\_ 発症年月 ( \_\_\_\_\_ 頃)

2. \_\_\_\_\_ 発症年月 ( \_\_\_\_\_ 頃)

3. \_\_\_\_\_ 発症年月 ( \_\_\_\_\_ 頃)

(2) 症状としての安定性  安定  不安定  不明  
 (「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)

(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容  
 (最近 (概ね6ヶ月以内) 介護に影響のあったもの 及び 特定疾病についてはその診断の根拠等について記入)

## 2. 特別な医療 (過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)

処置内容  点滴の管理  中心静脈栄養  透析  ストーマの処置  酸素療法

レスプレーター  気管切開の処置  疼痛の看護  経管栄養

特別な対応  モニター測定 (血圧、心拍、酸素飽和度等)  褥瘡の処置

失禁への対応  カテーテル (コンドームカテーテル、留置カテーテル等)

## 3. 心身の状態に関する意見

(1) 日常生活の自立度等について

- ・障害高齢者の日常生活自立度 (寝たきり度)  自立  J1  J2  A1  A2  B1  B2  C1  C2
- ・認知症高齢者の日常生活自立度  自立  I  IIa  IIb  IIIa  IIIb  IV  M

(2) 認知症の中核症状 (認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)

- ・短期記憶  問題なし  問題あり
- ・日常の意思決定を行うための認知能力  自立  いくらか困難  見守りが必要  判断できない
- ・自分の意思の伝達能力  伝えられる  いくらか困難  具体的な要求に限られる  伝えられない

(3) 認知症の行動・心理症状 (BPSD) (該当する項目全てにチェック: 認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)

無  有 {  幻視・幻聴  妄想  昼夜逆転  暴言  暴行  介護への抵抗  徘徊  
 火の不始末  不潔行為  異食行動  性的問題行為  その他 ( )

(4) その他の精神・神経症状

無  有 (症状名: \_\_\_\_\_ 専門医受診の有無  有 ( \_\_\_\_\_ 科)  無)

(5) 身体の状態

利き腕( 右 左 ) 身長= \_\_\_\_\_ cm 体重= \_\_\_\_\_ kg (過去6ヶ月の体重の変化 増加 維持 減少)

- 四肢欠損 (部位: \_\_\_\_\_)
- 麻痺
  - 右上肢 (程度: 軽 中 重 )
  - 左上肢 (程度: 軽 中 重 )
  - 右下肢 (程度: 軽 中 重 )
  - 左下肢 (程度: 軽 中 重 )
  - その他 (部位: \_\_\_\_\_ 程度: 軽 中 重 )
- 筋力の低下 (部位: \_\_\_\_\_ 程度: 軽 中 重 )
- 関節の拘縮 (部位: \_\_\_\_\_ 程度: 軽 中 重 )
- 関節の痛み (部位: \_\_\_\_\_ 程度: 軽 中 重 )
- 失調・不随意運動 ・上肢 右 左 ・下肢 右 左 ・体幹 右 左
- 褥瘡 (部位: \_\_\_\_\_ 程度: 軽 中 重 )
- その他の皮膚疾患 (部位: \_\_\_\_\_ 程度: 軽 中 重 )

4. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動

- 屋外歩行 自立 介助があればしている していない
- 車いすの利用 用いていない 主に自分で操作している 主に他人が操作している
- 歩行補助具・装具の使用 (複数選択可) 用いていない 屋外で使用 屋内で使用

(2) 栄養・食生活

- 食事行為 自立ないし何とか自分で食べられる 全面介助
- 現在の栄養状態 良好 不良

→ 栄養・食生活上の留意点 ( \_\_\_\_\_ )

(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針

- 尿失禁 転倒・骨折 移動能力の低下 褥瘡 心肺機能の低下 閉じこもり 意欲低下 徘徊
- 低栄養 摂食・嚥下機能低下 脱水 易感染性 がん等による疼痛 その他 ( \_\_\_\_\_ )

→ 対処方針 ( \_\_\_\_\_ )

(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し

- 期待できる 期待できない 不明

(5) 医学的管理の必要性 (特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。)

- 訪問診療 訪問看護 訪問歯科診療 訪問薬剤管理指導
- 訪問リハビリテーション 短期入所療養介護 訪問歯科衛生指導 訪問栄養食事指導
- 通所リハビリテーション 老人保健施設 介護医療院 その他の医療系サービス ( \_\_\_\_\_ )
- 特筆すべき項目なし

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項 (該当するものを選択するとともに、具体的に記載)

- 血圧 ( \_\_\_\_\_ ) 摂食 ( \_\_\_\_\_ ) 嚥下 ( \_\_\_\_\_ )
- 移動 ( \_\_\_\_\_ ) 運動 ( \_\_\_\_\_ ) その他 ( \_\_\_\_\_ )
- 特筆すべき項目なし

(7) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)

- 無 ; 有 ( \_\_\_\_\_ ) 不明

5. 特記すべき事項

要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的など意見等を見守りに影響を及ぼす疾病の状況等の留意点を含め記載して下さい。特に、介護に要する手間に影響を及ぼす事項について記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や障害者手帳の申請に用いる診断書等の写しを添付して頂いても結構です。)

審査判定結果の情報提供を希望: あり しない

# 医師意見書

記入日 令和7年11月19日

申請者	(ふりがな) かがしま いちたろう	男	〒 890-0045 鹿児島県鹿児島市武
	鹿児島 一太郎		1丁目23-25
	平成12年06月10日 生 ( 25 歳)		連絡先 099-299-0099

上記の申請者に関する意見は以下の通りです。  
主治医として本意見書がサービス等利用計画の作成に当たって利用されることに  同意する。  同意しない。

医師氏名 \_\_\_\_\_

医療機関名 メディカル医院 電話 03-1234-5678

医療機関所在地 東京都千代田区〇〇-△△ FAX 03-1234-5679

(1) 最終診察日	
(2) 意見書作成回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上
(3) 他科受診	<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他( )

## 1. 傷病に関する意見

(1) 診断名 (障害の直接の原因となっている傷病名については1. に記入) 及び発症年月日	
1. _____	発症年月 ( _____ 頃)
2. _____	発症年月 ( _____ 頃)
3. _____	発症年月 ( _____ 頃)
入院歴 (直近の入院歴を記入)	
1. <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 _____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月 (傷病名: _____ )	
2. <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 _____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月 (傷病名: _____ )	
(2) 症状としての安定性	<input type="checkbox"/> 不安定である場合、具体的な状況を記入。 <input type="checkbox"/> 特に精神疾患・難病については症状の変動についてわかるように記入。
(3) 障害の直接の原因となっている傷病の経過及び投薬内容を含む治療内容	

## 2. 身体の状態に関する意見

(1) 身体情報	利き腕 ( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 )	身長 = _____ cm	体重 = _____ kg	(過去6ヶ月の体重の変化 <input type="checkbox"/> 増加 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 減少 )
(2) 四肢欠損	(部位: _____)			
(3) 麻痺	右上肢 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 )	左上肢 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 )	右下肢 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 )	左下肢 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 )
	その他 (部位: _____)		程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 )	
(4) 筋力の低下	(部位: _____)	程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 )		(過去6ヶ月の症状の変動 <input type="checkbox"/> 増加 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 増悪 )
(5) 関節の拘縮	肩関節 右 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 )	左 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 )	肘関節 右 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 )	左 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 )
	股関節 右 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 )	左 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 )	膝関節 右 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 )	左 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 )
	その他 (部位: _____)		程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 )	
(6) 関節の痛み	(部位: _____)	程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 )		(過去6ヶ月の症状の変動 <input type="checkbox"/> 増加 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 増悪 )
(7) 失調・不随意運動	上肢 右 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 )	左 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 )	体幹 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 )	
	下肢 右 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 )	左 (程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 )		
(8) 褥瘡	(部位: _____)	程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 )		
(9) その他の皮膚疾患	(部位: _____)	程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 )		

### 3. 行動及び精神等の状態に関する意見

(1) 行動上の障害	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転	<input type="checkbox"/> 暴言	<input type="checkbox"/> 自傷	<input type="checkbox"/> 他害	<input type="checkbox"/> 支援への抵抗	<input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> 危険の認識が困難	<input type="checkbox"/> 不潔行為	<input type="checkbox"/> 異食	<input type="checkbox"/> 性的逸脱行為	<input type="checkbox"/> その他 ( )
(2) 精神症状・能力障害二軸評価	(判定時期 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月)										
精神症状評価	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6					
能力障害評価	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5						
(3) 生活障害評価	(判定時期 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月)										
食事	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	生活リズム	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
保清	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	金銭管理	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
服薬管理	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	対人関係	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
社会的適応を妨げる行動	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5						
(4) 精神・神経症状	<input type="checkbox"/> 意識障害	<input type="checkbox"/> 記憶障害	<input type="checkbox"/> 注意障害	<input type="checkbox"/> 遂行機能障害							
	<input type="checkbox"/> 社会的行動障害	<input type="checkbox"/> その他の認知機能障害			<input type="checkbox"/> 気分障害 (抑うつ気分、軽躁/躁状態)						
	<input type="checkbox"/> 睡眠障害	<input type="checkbox"/> 幻覚	<input type="checkbox"/> 妄想	<input type="checkbox"/> その他 ( )							
	専門科受診の有無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無										
(5) てんかん	<input type="checkbox"/> 週1回以上 <input type="checkbox"/> 月1回以上 <input type="checkbox"/> 年1回以上										

### 4. 特別な医療 (現在、定期的あるいは頻回に受けている医療)

処置内容	<input type="checkbox"/> 点滴の管理	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 透析	<input type="checkbox"/> ストーマの処置							
	<input type="checkbox"/> 酸素療法	<input type="checkbox"/> レスピレーター	<input type="checkbox"/> 気管切開の処置	<input type="checkbox"/> 疼痛の管理							
	<input type="checkbox"/> 経管栄養 (胃ろう)	<input type="checkbox"/> 喀痰吸引処置 (回数 回/日)			<input type="checkbox"/> 間歇的導尿						
特別な対応	<input type="checkbox"/> モニター測定 (血圧、心拍、酸素飽和度等) <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置										
失禁への対応	<input type="checkbox"/> カテーテル (コンドームカテーテル、留置カテーテル等)										

### 5. サービス利用に関する意見

(1) 現在、発生の可能性が高い病態とその対処方針	<input type="checkbox"/> 尿失禁	<input type="checkbox"/> 転倒・骨折	<input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> 褥瘡	<input type="checkbox"/> 嚥下性肺炎	<input type="checkbox"/> 腸閉塞					
	<input type="checkbox"/> 尿失禁	<input type="checkbox"/> 転倒・骨折	<input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> 褥瘡	<input type="checkbox"/> 嚥下性肺炎	<input type="checkbox"/> 腸閉塞					
	<input type="checkbox"/> けいれん発作	<input type="checkbox"/> その他 ( )									
	→対処方針 ( )										
(2) 障害福祉サービスの利用時に関する医学的観点からの留意事項											
血圧について	( )										
嚥下について	( )										
摂食について	( )										
移動について	( )										
行動障害について	( )										
精神症状について	( )										
その他	( )										
(3) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入)	<input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明										

### 5. その他特記すべき事項

障害支援区分の認定やサービス等利用計画の作成に必要な医学的など意見等をご記載してください。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載してください。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)

--

# ご返事・ご報告

令和7年11月19日

テスト提携クリニック

内科 提携 医師01 先生 御机下

内科 提携 医師02 先生

東京都千代田区〇〇-△△

メディカル医院

TEL: 03-1234-5678

担当医 テスト 医師

ご紹介いただいた下記の患者様について、ご報告申し上げます。

患者氏名 田中 一郎 性別 男

生年月日 昭和45年05月05日 (55歳) 来院日

診断名:

## 同意書（輸血）

主治医氏名	テスト 医師
1. 輸血の種類（自己血輸血*を含む。）と使用量等	
2. 輸血の必要性及び輸血を行わない場合の危険性等	
3. 輸血の副作用等	
4. 輸血に当たり必要とされる感染症検査及び患者血液の保管	
5. その他留意点（副作用・感染症救済制度等）	

※自己血輸血を実施しない場合は、その理由を説明すること。

\_\_\_\_\_

メディカル医院

\_\_\_\_\_

殿

私は、現在の疾病の診療に関して、上記の説明を受け、質問する機会があり、十分に理解した上で輸血を受けることに同意しました。

同意日

\_\_\_\_\_

氏名

\_\_\_\_\_

家族氏名

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

続柄

※患者の署名がある場合は家族等の署名は不要



# 入院診療計画書

患者氏名 田中 一郎

殿

作成日

病棟（病室）	
主治医以外の担当者名	
在宅復帰支援担当者名*	
病名 （他に考え得る病名）	
症状	
治療計画	
検査内容及び日程	
手術内容及び日程	
推定される入院期間	
特別な栄養管理の必要性	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
その他 ・看護計画 ・リハビリテーション 等の計画	
在宅復帰支援計画*	
総合的な機能評価◇	

注1) 病名等は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって変わり得るものである。

注2) 入院期間については、現時点で予想されるものである。

注3) \*印は、亜急性期入院医療管理料を算定する患者にあっては必ず記入すること。

注4) ◇印は、総合的な機能評価を行った患者について、評価結果を記載すること。

注5) 特別な栄養管理の必要性については、電子カルテ等、様式の変更が直ちにできない場合、その他欄に記載してもよい。

主治医氏名

本人・家族

続柄

# 褥瘡対策に関する診療計画書

氏名 田中 一郎

殿 男 女

療養棟

計画作成日 令和7年11月19日

昭和45年05月05日 生 ( 55 歳 )

記入担当者名 テスト 医師

褥瘡発生日

- 褥瘡の有無
- 現在 なし あり ( 仙骨部 坐骨部 尾骨部 腸骨部 大転子部 踵部 )
  - 過去 なし あり ( 仙骨部 坐骨部 尾骨部 腸骨部 大転子部 踵部 )

危険因子の評価	障害高齢者の日常生活自立度		J(1, 2) <input type="checkbox"/> A(1, 2) <input type="checkbox"/> B(1, 2) <input type="checkbox"/> C(1, 2) <input type="checkbox"/>	対処
	ADLの状況	入浴	<input type="checkbox"/> 自分でやっている <input type="checkbox"/> 自分でやっていない	
食事摂取		<input type="checkbox"/> 自分でやっている <input type="checkbox"/> 自分でやっていない <input type="checkbox"/> 対象外(※1)		
更衣		上衣	<input type="checkbox"/> 自分でやっている <input type="checkbox"/> 自分でやっていない	
		下衣	<input type="checkbox"/> 自分でやっている <input type="checkbox"/> 自分でやっていない	
基本動作	寝返り	<input type="checkbox"/> 自分でやっている <input type="checkbox"/> 自分でやっていない		
	座位の保持	<input type="checkbox"/> 自分でやっている <input type="checkbox"/> 自分でやっていない		
	座位での乗り移り	<input type="checkbox"/> 自分でやっている <input type="checkbox"/> 自分でやっていない		
	立位の保持	<input type="checkbox"/> 自分でやっている <input type="checkbox"/> 自分でやっていない		
排せつの状況	尿失禁	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 対象外(※2)		
	便失禁	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 対象外(※3)		
	バルーンカテーテルの使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
過去3か月以内に褥瘡の既往があるか		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		「自分でやっていない」、「あり」に1つ以上該当する場合、褥瘡ケア計画を立案し実施する。

※1：経管栄養・経静脈栄養等の場合 ※2：バルーンカテーテル等を使用もしくは自己導尿等の場合 ※3：人工肛門等の場合

褥瘡の状態の評価	深さ	<input type="checkbox"/> d0：皮膚損傷・発赤なし <input type="checkbox"/> d1：持続する発赤 <input type="checkbox"/> d2：真皮までの損傷	<input type="checkbox"/> D3：皮下組織までの損傷 <input type="checkbox"/> D4：皮下組織を超える損傷 <input type="checkbox"/> D5：関節腔、体腔に至る損傷 <input type="checkbox"/> DDTI：深部損傷褥瘡(DTI)疑い <input type="checkbox"/> DU：壊死組織で覆われ深さの判定が不能
	浸出液	<input type="checkbox"/> e0：なし <input type="checkbox"/> e1：少量：毎日のドレッシング交換を要しない <input type="checkbox"/> e3：中等量：1日1回のドレッシング交換を要する	<input type="checkbox"/> E6：多量：1日2回以上のドレッシング交換を要する
	大きさ	<input type="checkbox"/> s0：皮膚損傷なし <input type="checkbox"/> s3：4未満 <input type="checkbox"/> s6：4以上16未満 <input type="checkbox"/> s8：16以上36未満 <input type="checkbox"/> s9：36以上64未満 <input type="checkbox"/> s12：64以上100未満	<input type="checkbox"/> S15：100以上
	炎症/感染	<input type="checkbox"/> i0：局所の炎症徴候なし <input type="checkbox"/> i1：局所の炎症徴候あり(創周囲の発赤・腫脹・熱感・疼痛)	<input type="checkbox"/> I3C：臨床的定着疑い(創面にぬめりがあり、浸出液が多い。肉芽があれば、浮腫性で脆弱など) <input type="checkbox"/> I3：局所の明らかな感染徴候あり(炎症徴候、膿、悪臭など) <input type="checkbox"/> I9：全身的影響あり(発熱など)
	肉芽組織	<input type="checkbox"/> g0：創が治癒した場合、創の浅い場合、深部損傷褥瘡(DTI)疑いの場合 <input type="checkbox"/> g1：良性肉芽が創面の90%以上を占める <input type="checkbox"/> g3：良性肉芽が創面の50%以上90%未満を占める	<input type="checkbox"/> G4：良性肉芽が創面の10%以上50%未満を占める <input type="checkbox"/> G5：良性肉芽が創面の10%未満を占める <input type="checkbox"/> G6：良性肉芽が全く形成されていない
	壊死組織	<input type="checkbox"/> n0：壊死組織なし	<input type="checkbox"/> N3：柔らかい壊死組織あり <input type="checkbox"/> N6：硬く厚い密着した壊死組織あり
	ポケット	<input type="checkbox"/> p0：なし	<input type="checkbox"/> P6：4未満 <input type="checkbox"/> P9：4以上16未満 <input type="checkbox"/> P12：16以上36未満 <input type="checkbox"/> P24：36以上

※褥瘡の状態の評価については「改定 DESIGN-R®2020コンセンサス・ドキュメント」(一般社団法人 日本褥瘡学会)を参照。

看護計画	留意する項目		計画の内容
	圧迫、ズレカの排除 (体位変換、体圧分散寝具、頭部挙上法、車椅子姿勢保持等)	ベッド上	
		イス上	
	スキンケア		
	栄養状態改善		
リハビリテーション			

- (記録上の注意)
- 日常生活自立度の判定に当たっては「障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準」の活用について(平成3年11月18日 厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知 老健第102-2号)を参照のこと。
  - 日常生活自立度がJ1~A2である利用者又は入所者については、当該計画書の作成を要しないものであること。

## 労災治療計画書

(患者氏名) 田中 一郎 殿

令和7年11月19日

病棟 (病室)	
主治医以外の担当者名	
傷病名 (他に考え得る病名)	
傷病部位	
症状	
入院日及び 推定される入院期間	
治療計画	
検査内容及び日程	
手術内容及び日程	
入院中の注意事項	
退院時において 回復が見込まれる程度	
その他 (看護、リハビリテーション等の計画)	

注1) 傷病名は、現時点で考えられるものであり、今後検査等を進めていくにしたがって、変わり得るものである。

注2) 入院期間は、現時点で予測されるものである。

注3) 退院時において回復が見込まれる程度は、現時点で予想されるものである。

(主治医氏名) \_\_\_\_\_ 印

(本人・家族) \_\_\_\_\_ 印

栄養管理計画書

計画作成日 令和7年11月19日

フリガナ タナカ イチロウ

氏名 田中 一郎 殿 (男)  
昭和45年05月05日生 (55歳)

病棟 \_\_\_\_\_

担当医師名 \_\_\_\_\_

入院日: \_\_\_\_\_

担当管理栄養士名 \_\_\_\_\_

入院時栄養状態に関するリスク

--

栄養状態の評価と課題

<p>【GLIM基準による評価 ( <input type="checkbox"/> 非対応 ) ※】 判定 : <input type="checkbox"/> 低栄養非該当 <input type="checkbox"/> 低栄養 ( <input type="checkbox"/> 中程度低栄養 <input type="checkbox"/> 重程度低栄養 )                  該当項目 : 表現型 ( <input type="checkbox"/> 体重減少 <input type="checkbox"/> 低BMI <input type="checkbox"/> 筋肉量減少 ) 病因 ( <input type="checkbox"/> 食事摂取量減少/消化吸収能低下 <input type="checkbox"/> 疾病負荷/炎症 )</p>
---

※ GLIM基準による評価を行っている場合は、記載すること。行っていない場合は、非対応にチェックすること。

栄養管理計画

目標	
栄養補給に関する事項	
栄養補給量 ・IUP- kcal ・たんぱく質 9g ・水分 ・ ・ ・	栄養補給方法 <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養 嚥下調整食の必要性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (学会分類コード : _____ ) 食事内容 留意事項
栄養食事相談に関する事項	
入院時栄養食事指導の必要性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (内容 _____ ) 実施予定日: _____ 栄養食事相談の必要性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (内容 _____ ) 実施予定日: _____ 退院時の指導の必要性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (内容 _____ ) 実施予定日: _____	
備考	
その他の栄養管理上解決すべき課題に関する事項	
栄養状態の再評価の時期 実施予定日: _____ 退院時及び終了時の総合的評価	

( 精 神 科 ) 退 院 療 養 計 画 書

(患者氏名) 田中 一郎 殿

令和7年11月19日

病 棟 ( 病 室 )	
主治医以外の 担当者名	
予想される退院日	
退院後の治療計画	
退 院 後 の 療 養 上 の 留 意 点	
退院後必要となる 保健医療サービス 又は福祉サービス	
そ の 他	

注) 退院日等は、現時点で予想されるものである。

(主治医氏名)

印

## 退院支援計画書

(患者氏名) 鹿児島 一太郎 殿

入院日:

計画着手日:

計画作成日:

病棟 (病室)	
病名	
患者以外の相談者	家族・その他関係者 ( )
患者の状態	
患者の意向	
退院困難な要因 (医学的要因)	1. 精神症状 2. 問題行動 3. ADLの低下 4. IADLの低下 5. 身体合併症
退院困難な要因 (社会・環境的要因)	1. 家庭内調整 ( ) 2. 受け入れ先の確保が困難 ( ) 3. 生活費の確保が困難 ( ) 4. 自己負担の費用が増加 ( ) 5. その他 ( )
退院に係る問題点、 課題等	
退院へ向けた目標設 定、評価時期、支援 概要	1. 退院へ向けた目標 2. 評価時期 3. 支援概要
予想される退院先	1. 自宅 ( ) 2. 障害福祉サービスによる入所施設 ( ) 3. 介護保険サービスによる入所施設 ( ) 4. その他 ( )
退院後に利用が予想さ れる福祉サービス等	
退院後に利用が予想され る福祉サービスの担当者	

注) 上記内容は、現時点で考えられるものであり、今後の状態の変化等に応じて変わり得るものである。

説明・交付日: 令和7年11月19日

(担当医)

(本人)

(病棟退院支援計画担当精神保健福祉士)

印

印





訪問看護／介護予防訪問看護 指示書  
在宅患者訪問点滴注射

訪問看護指示期間 ( ~ )  
点滴注射指示期間 ( ~ )

患者氏名	田中 一郎 様	生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input checked="" type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令 45 年 05 月 05 日 ( 55 歳)	
住所	千葉県千葉市中央区		電話 080-1234-5678	
主たる傷病名	(1)	(2)	(3)	
傷病名コード				
現在の状況 (該当項目に○等)	病状・治療状態			
	投与中の薬剤の用量・用法			
	日常生活自立度	寝たきり度 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2		
		認知症の状況 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		
	要介護認定の状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要支援 ( <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ) <input type="checkbox"/> 要介護 ( <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 )		
	褥瘡の深さ	NPUAP分類 <input type="checkbox"/> Ⅲ度 <input type="checkbox"/> Ⅳ度 DESIGN分類 <input type="checkbox"/> D3 <input type="checkbox"/> D4 <input type="checkbox"/> D5		
装着・使用医療機器等	<input type="checkbox"/> 1.自動腹膜灌流装置 <input type="checkbox"/> 2.透析液供給装置 <input type="checkbox"/> 3.酸素療法 ( /min) <input type="checkbox"/> 4.吸引器 <input type="checkbox"/> 5.中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 6.輸液ポンプ <input type="checkbox"/> 7.経管栄養 ( <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう : サイズ , 日に1回交換 ) <input type="checkbox"/> 8.留置カテーテル ( 部位 : サイズ , 日に1回交換 ) <input type="checkbox"/> 9.人工呼吸器 ( <input type="checkbox"/> 陽圧式 <input type="checkbox"/> 陰圧式 : 設定 ) <input type="checkbox"/> 10.気管カニューレ ( サイズ ) <input type="checkbox"/> 11.人工肛門 <input type="checkbox"/> 12.人工膀胱 <input type="checkbox"/> 13.その他 ( )			
留意事項及び指示事項				
I 療養生活指導上の留意事項				
II 1. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が行う訪問看護 [ 1日あたり <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 40 <input type="checkbox"/> 60 ( )分を週 ( )回 ]				
2. 褥瘡の処置等				
3. 装置・使用機器等の操作援助・管理				
4. その他				
在宅患者訪問点滴注射に関する指示 (投与薬剤・投与量・投与方法等)				
緊急時の連絡先 不在時の対応法				
特記すべき留意事項 (注:薬の相互作用・副作用についての留意点・薬物アレルギーの既往・定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び複合型サービス利用時の留意事項等があれば記載して下さい。)				
他の訪問看護ステーションへの指示 ( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 : 指定訪問看護ステーション名 )				
たんの吸引等実施のための訪問介護事業所への指示 ( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 : 指定訪問介護事業所名 )				

上記のとおり、指示いたします。

令和7年11月19日

医療機関名 メディカル医院

住 所 東京都千代田区〇〇-△△

電 話 03-1234-5678

(FAX) 03-1234-5679

医師氏名 テスト 医師

印

訪問看護／介護予防訪問看護 指示書（続紙）  
在宅患者訪問点滴注射

患者氏名	田中 一郎	様	生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input checked="" type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令	45 年 05 月 05 日 ( 55 歳)
住所	千葉県千葉市中央区			電話	080-1234-5678

--	--	--	--	--	--

特別訪問看護 指示書  
在宅患者訪問点滴注射

特別看護指示期間 ( ~ )

点滴注射指示期間 ( ~ )

患者氏名	田中 一郎	様	生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input checked="" type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平	45 年
05 月 05 日 ( 55 歳)					
病状・主訴					
留意事項及び指示事項 (注:点滴注射薬の相互作用・副作用についての留意点があれば記載して下さい。)					
点滴注射指示内容 (投与薬剤・投与量・投与方法等)					
緊急時の連絡先等					

上記のとおり指示いたします。

令和7年11月19日

医療機関名 メディカル医院

住所 東京都千代田区〇〇-△△

電話・FAX 03-1234-5678

(FAX) 03-1234-5679

医師氏名 テスト 医師

印

## 精神科訪問看護指示書

指示期間 ( ) ~ ( )

患者氏名	田中 一郎	生年月日	昭和45年05月05日	( 55 歳)
住所	千葉県千葉市中央区		施設名	
	電話 080-1234-5678			
主たる傷病名	(1)	(2)	(3)	
傷病名コード				
現在の状況 (該当項目に○等)	病状・治療状況			
	投与中の薬剤の 用量・用法			
	病名告知	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
	治療の受け入れ			
	複数名訪問の必要性	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
		理由： <input type="checkbox"/> 1. 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者 <input type="checkbox"/> 2. 利用者の身体的理由により一人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者 <input type="checkbox"/> 3. 利用者及びその家族それぞれへの支援が必要な者 <input type="checkbox"/> 4. その他 ( )		
	短時間訪問の必要性	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	
複数回訪問の必要性	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
日常生活自立度	認知症の状況 ( <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M )			
精神訪問看護に関する留意事項及び指示事項				
1 生活リズムの確立 2 家事能力、社会的技能等の獲得 3 対人関係の改善 (家族含む) 4 社会資源活用への支援 5 薬物療法継続への援助 6 身体合併症の発症・悪化の防止 7 その他				
緊急時の連絡先 不在時の対応法				
主治医との情報交換の手段				
特記すべき留意事項				

上記のとおり、指定訪問看護の実施を指示いたします。

令和7年11月19日

医療機関名 メディカル医院

住所 東京都千代田区〇〇-△△

電話 03-1234-5678

(FAX) 03-1234-5679

医師氏名 テスト 医師

印

事業所番号 \_\_\_\_\_ **リハビリテーション計画書** 入院 外来 / 訪問 通所 計画作成日: 令和7年11月19日

氏名: 鹿児島 一太郎 様 性別: 男 女 生年月日: 平成12年06月10日 (25)歳 要支援 要介護 \_\_\_\_\_

リハビリテーション担当医: \_\_\_\_\_ 担当: \_\_\_\_\_ PT OT ST 看護職員 その他従業員 ( \_\_\_\_\_ )

■利用者の希望 (したい又はできるようにになりたい生活の希望等) \_\_\_\_\_  
■ご家族の希望 (本人にしてほしい生活内容、家族が支援できること等) \_\_\_\_\_

■健康状態・経過  
原因疾病: \_\_\_\_\_ 発症日・受傷日: \_\_\_\_\_ 直近の入院日: \_\_\_\_\_ 直近の退院日: \_\_\_\_\_  
治療経過 (手術がある場合は手術日・術式等): \_\_\_\_\_  
合併疾患・コントロール状態 (高血圧、心疾患、呼吸器疾患、糖尿病等): \_\_\_\_\_  
これまでのリハビリテーションの実施状況 (プログラムの実施内容・頻度・量など): \_\_\_\_\_

目標設定等支援・管理シート: あり なし 日常生活自立度: J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

■心身機能・構造

項目	現在の状況	活動への支障	将来の見込み (※)
筋力低下	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善
麻痺	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善
感覚機能障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善
関節可動域制限	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善
摂食嚥下障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善
失語症・構音障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善
見当識障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善
記憶障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善
その他の高次脳機能障害 ( )	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善
栄養障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善
褥瘡	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善
疼痛	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善
精神行動障害 BPSD	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善

※「将来の見込み」についてはリハビリテーションを実施した場合の見込みを記載する

■環境因子 (課題ありの場合 現状と将来の見込みについて記載する)

課題	状況
家族 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居 ( )
福祉用具等 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 装具 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 調整済 <input type="checkbox"/> 未調整
住環境 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅: 居宅階 <input type="checkbox"/> 階段 <input type="checkbox"/> エレベータ <input type="checkbox"/> 手すり <input type="checkbox"/> 食卓 ( <input type="checkbox"/> 座卓 <input type="checkbox"/> テーブル・いす ) <input type="checkbox"/> トイレ ( <input type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ ) <input type="checkbox"/> 調整済 <input type="checkbox"/> 改修中 <input type="checkbox"/> 未調整
自宅周辺 <input type="checkbox"/>	
社会参加 <input type="checkbox"/>	
交通機関の利用 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無
サービスの利用 <input type="checkbox"/>	
その他 <input type="checkbox"/>	

■活動 (基本動作、移動能力、認知機能等)

項目	現在の状況	将来の見込み (※)
寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善
起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善
座位	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善
立ち上がり	いすから <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善
	床から <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
立位保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善
<input type="checkbox"/> 6分間歩行試験 <input type="checkbox"/> Timed Up & Go Test		<input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善
<input type="checkbox"/> MMSE <input type="checkbox"/> HDR		<input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善
服薬管理 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		<input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善
コミュニケーションの状況		<input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善

■活動 (ADL) (※「している」状況について記載する)

項目	自立	一部介助	全介助	将来の見込み (※)
食事	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善
イスとベッド間の移乗	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 10 ←監視下 座れるが移れない→ <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善
整容	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善
トイレ動作	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善
入浴	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善
平地歩行	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 10 ←歩行器等 車椅子操作が可能→ <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善
階段昇降	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善
更衣	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善
排便コントロール	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善
排尿コントロール	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善
合計点				

※「将来の見込み」についてはリハビリテーションを実施した場合の見込みを記載する

■社会参加の状況 (過去実施していたものと現状について記載する)

家庭内の役割の内容	
余暇活動 (内容および頻度)	
社会地域活動 (内容および頻度)	
リハビリテーション終了後に 行いたい社会参加等の取組	

■リハビリテーションの目標  
(長期)  
(短期 (今後3ヶ月間))  
■リハビリテーション実施上の留意点  
(開始前・訓練中の留意事項、運動強度・負荷量等)

■リハビリテーションの方針 (今後3ヶ月間)  
■リハビリテーション終了の目安・時期

利用者・ご家族への説明: \_\_\_\_\_

本人のサイン \_\_\_\_\_ 家族サイン \_\_\_\_\_ 説明者サイン \_\_\_\_\_

特記事項: \_\_\_\_\_

■ 居宅サービス計画の総合的援助の方針

■ 居宅サービス計画の解決すべき具体的な課題

■ 他の利用サービス

- (地域密着型) 通所介護 (週 回)  訪問介護 (週 回)  訪問リハ・通所リハ (週 回)  訪問看護 (週 回)
- その他 (週 回)  訪問型サービス (週 回)  その他 ( )

■ 活動 (IADL)

アセスメント項目	前回点数	現状	将来の見込み (※)	評価内容の記載方法
食事の用意			<input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善	0: していない 1: まれに
食事の片付け			<input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善	2: 週に1~2回 3: 週に3回以上
洗濯			<input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善	0: していない 1: まれにしている 2: 週に1回未満 3: 週に1回以上
掃除や整頓			<input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善	
力仕事			<input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善	
買物			<input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善	
外出			<input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善	
屋外歩行			<input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善	
趣味			<input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善	
交通手段の利用			<input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善	
旅行			<input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善	
庭仕事			<input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善	
家や車の手入れ			<input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善	0: していない 1: 電球の取替、ねじ止めなど 2: ペンキ塗り、模様替え、洗車 3: 家の修理、車の整備
読書			<input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善	0: 読んでない 1: まれに 2: 月1回程度 3: 月2回以上
仕事			<input type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 改善	0: していない 1: 週1~9時間 2: 週10~29時間 3: 週30時間以上
合計点数			※「将来の見込み」についてはリハビリテーションを実施した場合の見込みを記載する	

■ 活動と参加に影響を及ぼす課題の要因分析

■ 活動と参加において重要性の高い課題

■ 活動と参加に影響を及ぼす機能障害の課題

■ 活動と参加に影響を及ぼす機能障害以外の要因

- リハビリテーションマネジメント加算 (I)  リハビリテーションマネジメント加算 (II)  リハビリテーションマネジメント加算 (III)

■ リハビリテーションサービス

- 訪問・通所頻度 ( )  利用時間 ( )  送迎なし

No.	目標 (解決すべき課題)	期間	具体的支援内容 (何を目的に (〜のために) 〜をする)	頻度	時間	訪問の必要性
						いつ頃
				週 回	分/回	いつ頃
				週 回	分/回	いつ頃
				週 回	分/回	いつ頃
				週 回	分/回	いつ頃
				週 回	分/回	いつ頃
						週合計時間

■ サービス提供中の具体的対応 ※訪問リハビリテーションで活用する場合は下記の記載は不要。

	開始~1時間	1時間~2時間	2時間~3時間	3時間~4時間	4時間~5時間	5時間~6時間	6時間~7時間	7時間~8時間	~ ( )
利用者									
看護職員									
介護職員									
理学療法士									
作業療法士									
言語聴覚士									
その他 ( )									
必要なケアとその方法									

- 訪問介護の担当者で共有すべき事項
- 訪問看護の担当者で共有すべき事項
- その他、共有すべき事項 ( )

※下記の☑の支援機関にこの計画書を共有し、チームで支援をしていきます。

- 【情報提供先】  介護支援専門員  医師  (地域密着型) 通所介護  ( )

■ 社会参加支援評価

- 訪問日 ( )  居宅サービス計画 (訪問しない理由: )
- サービス等利用あり →  (介護予防) (地域密着型 認知症対応型) 通所介護 (週 回)  (介護予防) 通所リハ (週 回)  通所型サービス (週 回)  訪問型サービス (週 回)
- (介護予防) 小規模多機能型居宅介護 (週 回)  看護小規模多機能型居宅介護 (週 回)  地域活動へ参加 ( )  家庭で役割あり  就労

■ 現在の生活状況

リハビリテーション実施計画書

患者氏名 田中 一郎 性別 (男) 年齢 (55歳) 計画評価実施日 (令和7年11月19日)
算定病名 治療内容
併存疾患・合併 安静度・リスク

心身機能・構造 ※関連する項目のみ記載

意識障害 (JCS GCS) 呼吸機能障害 循環障害 危険因子 摂食嚥下障害 栄養障害 排泄機能障害 褥瘡 疼痛 その他
関節可動域制限 拘縮・変形 筋力低下 運動機能障害 筋緊張異常 感覚機能障害 音声・発話障害 高次脳機能障害 精神行動障害 見当識障害 記憶障害 発達障害

基本動作

寝返り (自立 一部介助 介助 非実施) 座位保持 (自立 一部介助 介助 非実施)
起き上がり (自立 一部介助 介助 非実施) 立位保持 (自立 一部介助 介助 非実施)
立ち上がり (自立 一部介助 介助 非実施) その他

日常生活活動 (動作) (実行状況) ※BIまたはFIMのいずれかを必ず記載

Table with columns: 項目, 得点 開始時→現在 (FIM, BI), 使用用具及び介助内容等. Includes rows for Self-care, Excretion, Transfer, Movement, and Cognition.

社会保障サービスの申請状況 ※該当あるもののみ

要介護状態区分等 申請中 要支援状態区分 (1 2) 要介護状態区分 (1 2 3 4 5)
身体障害者手帳 精神障害者保健福祉手帳 療育手帳・愛護手帳 その他 (難病等)

目標 (1ヶ月) 目標 (終了時) 予定入院期間 退院先 長期・継続的にケアが必要

治療方針 (リハビリテーション実施方針) 治療内容 (リハビリテーション実施内容)

リハ担当医 主治医 理学療法士 作業療法士 言語聴覚士 看護師 管理栄養士 社会福祉士
説明を受けた人: 本人 家族 説明日: 署名

# 運動器リハビリテーション総合実施計画書（1）

評価年月日 令和7年11月19日 （ 回目） 説明年月日

患者氏名	鹿兒島 一太郎 様	男	平成12年06月10日 生
疾患・障害名	病名 ( )		
リハビリ開始日	有効期間	<input type="checkbox"/> 一回限り <input type="checkbox"/> 2週 <input type="checkbox"/> 1月 <input type="checkbox"/> 2月 <input type="checkbox"/> 3月	
日常生活自立度	認知症性老人の日常生活自立度		
発症からの治療経過			
期限超の継続理由			
主 目 標	<input type="checkbox"/> 移動能力向上 <input type="checkbox"/> 上肢機能向上 <input type="checkbox"/> ADL自立度向上 <input type="checkbox"/> 転倒予防 <input type="checkbox"/> 体力増進 <input type="checkbox"/> 生活習慣病対策 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
機能状態 (機能不全の程度) 1:軽度 2:中等度 3:重度	身長( )cm 体重( )kg 血压( / )mmHg 脈拍( )/分 BMI( )		
	運動障害	可動域( ) 筋力( ) 持久力( ) 変形( ) 関節不安定性( ) 発達の遅れ( ) 単麻痺( ) 片麻痺( ) 対麻痺( ) 四肢麻痺( )	
	痛 み	100mmVAS: ( ) mm	
	感覚障害	触覚( ) 温度( ) 振動覚( ) しびれ( )	
日常生活活動	1:不自由なし 2:不自由だが困らない 3:不自由で困る 4:できない 5:していない	寝返り( ) 起き上がり( ) 歩行( ) 階段昇降( ) 床からの立ち上がり( ) 食事( ) 排泄( ) 更衣( ) 下衣の上げ下げ( ) 尿禁制( ) 便禁制( ) 被りシャツの着脱( ) 洗顔( ) 歯磨き( ) 入浴( ) 洗髪( ) 結帯動作( ) 家事( ) 炊事( ) 外出( ) 公共交通機関の利用( ) 通学( ) 通勤( ) スポーツ( ) 旅行( ) 余暇活動( )	
機能テスト	握力 右( ) kg 左( ) kg <input type="checkbox"/> 開眼片脚起立時間 右( ) 秒 左( ) 秒		
	<input type="checkbox"/> 3mTUG ( ) 秒 <input type="checkbox"/> その他( )		
使用装具等	種 類	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 上肢装具 <input type="checkbox"/> 体幹装具 <input type="checkbox"/> 下肢装具 <input type="checkbox"/> サポーター <input 2"="" type="checkbox/&gt;( )&lt;/td&gt; &lt;/tr&gt; &lt;tr&gt; &lt;td&gt;必要の度合い&lt;/td&gt; &lt;td colspan="/> <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 時々	
	依存症または既往歴	<input type="checkbox"/> 不整脈 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 肥満 <input type="checkbox"/> 変形性関節症 <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 骨折(部位: ) <input type="checkbox"/> 過去1年間の転倒( )回	
日常生活活動	ADLスコア	<input type="checkbox"/> Barthel Index ( ) <input type="checkbox"/> 老研式活動能力指標( ) <input type="checkbox"/> ロコモ25 ( )	
栄 養 障 害	現状 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 活動への影響 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 将来の見込み <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化 栄養障害ありの場合(下記を記入) 必要栄養量( ) kcal タンパク質( ) g ( )		
環 境	同居 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 家屋、周囲の状況など( )		
改 善 度	<input type="checkbox"/> 1:完全によい <input type="checkbox"/> 2:かなりよくなった <input type="checkbox"/> 3:少しよくなった <input type="checkbox"/> 4:変わらない <input type="checkbox"/> 5:悪化した		
禁忌または注意事項			
治 療 内 容	治療部位	<input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 背部 <input type="checkbox"/> 腰部 <input type="checkbox"/> 肩甲骨 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 骨盤帯 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 大腿骨 <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> 下腿 <input type="checkbox"/> 足関節・足部 <input type="checkbox"/> 四肢・体幹	
	運動療法	<input type="checkbox"/> 可動域訓練 <input type="checkbox"/> 筋肉増強 <input type="checkbox"/> ストレッチング <input type="checkbox"/> 有酸素運動 <input type="checkbox"/> その他( )	
	体操療法	<input type="checkbox"/> 首 <input type="checkbox"/> 肩こり <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 腰 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> バランス <input type="checkbox"/> その他( )	
	動作訓練	<input type="checkbox"/> 床上動作 <input type="checkbox"/> 移乗 <input type="checkbox"/> 歩行( ) <input type="checkbox"/> 階段昇降 <input type="checkbox"/> 車いす操作 <input type="checkbox"/> 義肢装着 <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 更衣 <input type="checkbox"/> 上肢機能訓練 <input type="checkbox"/> 職業前 <input type="checkbox"/> その他( )	
	物理療法	<input type="checkbox"/> ホットパック <input type="checkbox"/> 低周波 <input type="checkbox"/> 光線 <input type="checkbox"/> 水治 <input type="checkbox"/> 牽引( kg) <input type="checkbox"/> マイクロ波 <input type="checkbox"/> その他( )	
	指 導		
処 方	治療期間( ~ )	治療頻度( )日/ 週	
	運動強度(目標心拍数: )ボルグ指数( )	治療時間( )単位/日	
説明と同意	(医師) (リハビリテーション担当者)		
	署名(ご本人またはご家族)		

## 運動器リハビリテーション総合実施計画書（2）

ご本人の希望（ ）

ご家族の希望（ ）

生活目標：その人らしく生活するためのポイント

リハビリテーションプログラム：ご本人の状態や生活環境の改善・生きがい楽しみの支援に向けての取り組み

心理・機能障害改善：

最終的な改善目標

改善までの見込期間

ご本人に行ってもらいたいこと

ご家族にお願いしたいこと

病気との関係で気をつけること

前回計画書作成時からの改善・変化等（ ）月（ ）日

備考

担当チーム

担当医：

- PT・OT・ST：（ ））、（ ））、（ ））、（ ））
- 看護・介護：（ ））、（ ））、（ ））、（ ））
- ：（ ））、（ ））、（ ））、（ ））

（ ）内は職種を記入

## 目標設定等支援・管理シート

作成日 令和7年11月19日

説明・交付日

患者氏名： 鹿児島 一太郎

生年月日： 平成12年06月10日

1. 発症からの経過（リハビリテーション開始日： )

--

2. ADL評価（Barthel IndexまたはFIMによる評価）（リハビリ開始時及び現時点）

(Barthel Indexの場合)

	リハビリテーション開始時点			現時点			
	自立	一部介助	全介助	自立	一部介助	全介助	
食事	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	
移乗	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	
整容	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	
トイレ動作	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	
入浴	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	
平地歩行	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	
階段	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	
更衣	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	
排便管理	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	
排尿管理	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 0	
合計 (0~100点)			点	合計 (0~100点)			点

FIMによる評価の場合

大項目	中項目	小項目	リハビリテーション 開始時点	現時点
			得点	得点
運動	セルフケア	食事		
		整容		
		清拭・入浴		
		更衣（上半身）		
		更衣（下半身）		
		トイレ		
	排泄	排尿コントロール		
		排便コントロール		
	移乗	ベッド、椅子、車椅子		
		トイレ		
		浴槽・シャワー		
	移動	歩行・車椅子		
階段				
小計				
認知	コミュニケーション	理解		
		表出		
	社会認識	社会交流		
		問題解決		
	記憶			
小計				
合計				

3. 現在リハビリテーションの目標としているもの、及び現在のリハビリテーションの内容との関連

	目標としているもの	関連する現在の リハビリテーションの内容
心身機能		
活動		
社会参加		

4. 今後の心身機能、活動及び社会参加に関する見通し

<p>・ 医師の説明の内容</p>          <p>・ 患者の受け止め</p>
---

5. 介護保険のリハビリテーションの利用の見通し (  あり  なし )  
 介護保険のリハビリテーションサービス等の紹介の必要性 (  あり  なし )  
 紹介した事業所名

事業所名	連絡方法	備考 (事業所の特徴等)

説明医師署名：	患者又は家族等署名：
---------	------------

[記載上の注意]

1. 本シートの交付、説明は、リハビリテーション実施計画書又はリハビリテーション総合実施計画書の交付、説明と一体として行って差し支えない。
2. 「今後の見通し」について、必要な場合は、「今後のリハビリテーションが順調に進んだ場合」等の前提をおき、場合分けごとに記載してもよい。
3. 「現在のリハビリテーションの目標」は、医師及びその他の従事者が記載した後、本シートの説明を通じて患者又は家族等と面談し、患者の価値観等を踏まえてよりよい目標設定ができると考えた場合は、赤字で追加、修正する等してよい。

## ADL維持向上等体制加算に係る評価書

## バーセルインデックス (Barthel Index 機能的評価)

		点数	質問内容	得点
1	食事	10	自立、自助具などの装着可、標準的時間内に食べ終える	<input type="checkbox"/> 10
		5	部分介助（たとえば、おかずを切って細かくしてもらう）	<input type="checkbox"/> 5
		0	全介助	<input type="checkbox"/> 0
2	車椅子から ベッドへの 移動	15	自立、ブレーキ、フットレストの操作も含む（非行自立も含む）	<input type="checkbox"/> 15
		10	軽度の部分介助または監視を要する	<input type="checkbox"/> 10
		5	座ることは可能であるがほぼ全介助	<input type="checkbox"/> 5
		0	全介助または不可能	<input type="checkbox"/> 0
3	整容	5	自立（洗面、整髪、歯磨き、ひげ剃り）	<input type="checkbox"/> 5
		0	部分介助または不可能	<input type="checkbox"/> 0
4	トイレ 動作	10	自立（衣服の操作、後始末を含む、ポータブル便器などを使用している場合はその洗浄も含む）	<input type="checkbox"/> 10
		5	部分介助、体を支える、衣服、後始末に介助を要する	<input type="checkbox"/> 5
		0	全介助または不可能	<input type="checkbox"/> 0
5	入浴	5	自立	<input type="checkbox"/> 5
		0	部分介助または不可能	<input type="checkbox"/> 0
6	歩行	15	45M以上の歩行、補装具（車椅子、歩行器は除く）の使用の有無は問わず	<input type="checkbox"/> 15
		10	45M以上の介助歩行、歩行器の使用を含む	<input type="checkbox"/> 10
		5	歩行不能の場合、車椅子にて45M以上の操作可能	<input type="checkbox"/> 5
		0	上記以外	<input type="checkbox"/> 0
7	階段 昇降	10	自立、手すりなどの使用の有無は問わない	<input type="checkbox"/> 10
		5	介助または監視を要する	<input type="checkbox"/> 5
		0	上記以外	<input type="checkbox"/> 0
8	着替え	10	自立、靴、ファスナー、装具の着脱を含む	<input type="checkbox"/> 10
		5	部分介助、標準的な時間内、半分以上は自分で行える	<input type="checkbox"/> 5
		0	上記以外	<input type="checkbox"/> 0
9	排便 コントロール	10	失禁なし、浣腸、坐薬の取り扱いも可能	<input type="checkbox"/> 10
		5	ときに失禁あり、浣腸、坐薬の取り扱いに介助を要する者も含む	<input type="checkbox"/> 5
		0	上記以外	<input type="checkbox"/> 0
10	排尿 コントロール	10	失禁なし、収尿器の取り扱いも可能	<input type="checkbox"/> 10
		5	ときに失禁あり、収尿器の取り扱いに介助を要する者も含む	<input type="checkbox"/> 5
		0	上記以外	<input type="checkbox"/> 0
合計得点（ / 100点）				

※1 得点：0～15点 ※2 得点が高いほど、機能的評価が高い。

## 日常生活機能評価表

患者の状況	得点		
	0点	1点	2点
床上安静の指示	なし	あり	
どちらかの手を胸元まで持ち上げられる	できる	できない	
寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
起き上がり	できる	できない	
座位保持	できる	支えがあればできる	できない
移乗	できる	見守り・一部介助が必要	できない
移動方法	介助を要しない移動	介助を要する移動(搬送を含む)	
口腔清潔	できる	できない	
食事摂取	介助なし	一部介助	全介助
衣服の着脱	介助なし	一部介助	全介助
他者への意思の伝達	できる	できる時とできない時がある	できない
診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	
危険行動	ない	ある	
※ 得点：0～19点 ※ 得点が低いほど、生活自立度が高い。		合計得点	点

# #1 新規症例登録

JOANR 調査票

症例毎に記入。調査票はコピーしてご使用下さい。

手術日	西暦 2025/11/19 (水)	入力者	テスト 医師	備考	
-----	-------------------	-----	--------	----	--

\*のあるものは必須項目です

<b>データ提供レジストリー*</b> ※該当の提供レジストリーいずれかにチェックを入れ、該当項目をご記入ください。	
<input type="checkbox"/> 一般整形外科手術	
<input type="checkbox"/> 人工関節手術	手術部位/種別 ※該当項目にチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> THA <input type="checkbox"/> TKA <input type="checkbox"/> UKA <input type="checkbox"/> PFA <input type="checkbox"/> 解剖学的TSA <input type="checkbox"/> リバーズ型TSA
	患者生まれた場所 都道府県 [ ] <input type="checkbox"/> 国外 ※「患者生まれた場所」は人工関節レジストリーでのみ必要とされる項目です。
<input type="checkbox"/> 関節鏡視下手術	手術部位/種別 ※該当項目にチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> 肩関節 <input type="checkbox"/> 足関節 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> その他の部位
患者姓名 (カタカナ)*	姓名 [ 田中 一郎 ] ( タナカ イチロウ )
患者生年月日*	西暦 1970年05月05日
加工 ID*	[ ] ※カルテ番号などの個人情報は直接使わないでください。

術式*	※「主たる術式」「従たる術式」いずれかにチェックをつけて下さい。		病名*
① [ ]	<input type="checkbox"/> 主たる術式 <input type="checkbox"/> 従たる術式	×[ ]か所	
② [ ]	<input type="checkbox"/> 主たる術式 <input type="checkbox"/> 従たる術式	×[ ]か所	
③ [ ]	<input type="checkbox"/> 主たる術式 <input type="checkbox"/> 従たる術式	×[ ]か所	
④ [ ]	<input type="checkbox"/> 主たる術式 <input type="checkbox"/> 従たる術式	×[ ]か所	
⑤ [ ]	<input type="checkbox"/> 主たる術式 <input type="checkbox"/> 従たる術式	×[ ]か所	
手術時間*	[ ] 時間 [ ] 分	麻酔時間*	[ ] 時間 [ ] 分
術者*	姓名 [ ]		
助手1	姓名 [ ]		<input type="checkbox"/> 指導的助手
助手2	姓名 [ ]		
助手3人目以降	※助手が3人以降いる場合「姓名」を上記と同じくご記入ください。		
看護師数	[ ] 人	機器出し看護師1名と外回り看護師1名で行われる手術は「看護師数2名」としてください。時間が長い場合などで、途中交代した場合でも交代要員を入れた延べ数4名とは記載しないで下さい。	
技師数	[ ] 人	時間が長い場合などで、途中交代した場合でも 交代要員を入れた延べ数は記載しないで下さい。	

続いて、該当のレジストリー別調査票もご記入ください。▶

# #2

## JOANR 入力用フォーム

### 関節鏡視下手術 副調査票

JOANR 調査票

症例毎に記入。調査票はコピーしてご使用下さい。

手術日	西暦 2025年11月19日(水)	入力者	テスト 医師	備考	
-----	-------------------	-----	--------	----	--

#### A 鏡視下手術の実施のトラブル・合併症・問題点

術中のトラブルや問題の発生について (ありの場合、以下に記載ください)		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
手術内容	<input type="checkbox"/> 手術器具の破損	
	破損した器具	<input type="checkbox"/> カメラ <input type="checkbox"/> ブローベ <input type="checkbox"/> 鉗子類 <input type="checkbox"/> シェーバー <input type="checkbox"/> 電気メス <input type="checkbox"/> ノミ <input type="checkbox"/> ドリル <input type="checkbox"/> スクリュードライバー <input type="checkbox"/> メス <input type="checkbox"/> その他( )
	破損した器具の摘出方法	
	<input type="checkbox"/> 手術での合併組織損傷	
	手術での合併組織損傷	<input type="checkbox"/> 関節の靭帯損傷 <input type="checkbox"/> 血管損傷 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> レッグホルダー使用
	関節の靭帯損傷	<input type="checkbox"/> ACL <input type="checkbox"/> PCL <input type="checkbox"/> MCL <input type="checkbox"/> LCL <input type="checkbox"/> その他 ( )
	血管損傷	<input type="checkbox"/> 膝窩動脈 <input type="checkbox"/> その他( )
	骨折	<input type="checkbox"/> 大腿骨 <input type="checkbox"/> 脛骨 <input type="checkbox"/> その他( )
	<input type="checkbox"/> 術後合併症	
	術後合併症	<input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> 血栓性静脈炎 <input type="checkbox"/> 肺塞栓 <input type="checkbox"/> 神経合併症 <input type="checkbox"/> CRPS
	損傷した神経1	<input type="checkbox"/> 上肢:正中神経 <input type="checkbox"/> 上肢:橈骨神経 <input type="checkbox"/> 上肢:尺骨神経 <input type="checkbox"/> 上肢:腋窩神経 <input type="checkbox"/> 上肢:肩甲下神経 <input type="checkbox"/> 上肢:肩甲下神経 <input type="checkbox"/> 上肢:CRPS <input type="checkbox"/> 上肢:その他 <input type="checkbox"/> 下肢:坐骨神経 <input type="checkbox"/> 下肢:大腿神経 <input type="checkbox"/> 下肢:脛骨神経 <input type="checkbox"/> 下肢:総腓骨神経 <input type="checkbox"/> 下肢:伏在神経質膝蓋下肢 <input type="checkbox"/> 下肢:CRPS <input type="checkbox"/> 下肢:その他
	損傷した神経2	<input type="checkbox"/> 上肢:正中神経 <input type="checkbox"/> 上肢:橈骨神経 <input type="checkbox"/> 上肢:尺骨神経 <input type="checkbox"/> 上肢:腋窩神経 <input type="checkbox"/> 上肢:肩甲下神経 <input type="checkbox"/> 上肢:肩甲下神経 <input type="checkbox"/> 上肢:CRPS <input type="checkbox"/> 上肢:その他 <input type="checkbox"/> 下肢:坐骨神経 <input type="checkbox"/> 下肢:大腿神経 <input type="checkbox"/> 下肢:脛骨神経 <input type="checkbox"/> 下肢:総腓骨神経 <input type="checkbox"/> 下肢:伏在神経質膝蓋下肢 <input type="checkbox"/> 下肢:CRPS <input type="checkbox"/> 下肢:その他
	損傷した神経3	<input type="checkbox"/> 上肢:正中神経 <input type="checkbox"/> 上肢:橈骨神経 <input type="checkbox"/> 上肢:尺骨神経 <input type="checkbox"/> 上肢:腋窩神経 <input type="checkbox"/> 上肢:肩甲下神経 <input type="checkbox"/> 上肢:肩甲下神経 <input type="checkbox"/> 上肢:CRPS <input type="checkbox"/> 上肢:その他 <input type="checkbox"/> 下肢:坐骨神経 <input type="checkbox"/> 下肢:大腿神経 <input type="checkbox"/> 下肢:脛骨神経 <input type="checkbox"/> 下肢:総腓骨神経 <input type="checkbox"/> 下肢:伏在神経質膝蓋下肢 <input type="checkbox"/> 下肢:CRPS <input type="checkbox"/> 下肢:その他
	駆血帯の使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
<input type="checkbox"/> その他		
鏡視下手術の問題点 その他		

#### B その他、関節鏡・内視鏡手術の問題点

その他、 関節鏡・内視鏡手術の問題点	
-----------------------	--

#### C その他特記事項

その他特記事項	
---------	--

# #2 JOANR 入力用フォーム① THA

JOANR 調査票

症例毎に記入。調査票はコピーしてご使用下さい。

手術日  入力者  備考

## A 基本項目

手術日	2025年11月19日	加工ID	
患者姓名(カタカナ)	(カタカナ)たなか いちろう 姓名 [ 田中 一郎 ]	患者生年月日	1970年05月05日
患者生まれた場所(都道府県)		患者性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
術式		病名	
手術時間 ※1	[ ] 時間 [ ] 分	麻酔時間	[ ] 時間 [ ] 分
術者氏名	姓名 [ ]	助手氏名	姓名 [ ]
看護師数	[ ] 人	技師数	[ ] 人

## B 初回手術

手術側	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	既往手術 ※2	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 骨切り術 ( <input type="checkbox"/> 股臼側 <input type="checkbox"/> 大腿骨側) <input type="checkbox"/> その他 ( )
手術診断名	<input type="checkbox"/> 一次性OA <input type="checkbox"/> 垂脱臼性OA <input type="checkbox"/> ION <input type="checkbox"/> 外傷 <input type="checkbox"/> RA(RA類似疾患を含む) <input type="checkbox"/> その他 ( )		

## C 再手術 (再手術とはいかなる理由でもインプラントを抜去または入れ替えした場合とする。ただし人工骨頭置換術からTHAは初回手術とする。)

初回手術日について (この項目は、可能であれば入力する)				
初回手術年月(西暦)		初回手術施設名		
初回手術診断名	<input type="checkbox"/> 一次性OA <input type="checkbox"/> 垂脱臼性OA <input type="checkbox"/> ION <input type="checkbox"/> 外傷 <input type="checkbox"/> RA(RA類似疾患を含む) <input type="checkbox"/> その他 ( )			
手術側	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	手術の内容	<input type="checkbox"/> 抜去のみ ( <input type="checkbox"/> 股臼側 <input type="checkbox"/> insert <input type="checkbox"/> 大腿骨側 <input type="checkbox"/> 骨頭) <input type="checkbox"/> 再置換術 ( <input type="checkbox"/> 股臼側 <input type="checkbox"/> insert <input type="checkbox"/> 大腿骨側 <input type="checkbox"/> 骨頭)	
手術の理由	<input type="checkbox"/> aseptic loosening ( <input type="checkbox"/> 臼蓋 <input type="checkbox"/> 大腿骨) <input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> インプラント破損 ( <input type="checkbox"/> 臼蓋 <input type="checkbox"/> 大腿骨) <input type="checkbox"/> ポリエチレンの摩耗 <input type="checkbox"/> Osteolysis ( <input type="checkbox"/> 臼蓋 <input type="checkbox"/> 大腿骨) <input type="checkbox"/> 骨折 ( <input type="checkbox"/> 臼蓋 <input type="checkbox"/> 大腿骨) <input type="checkbox"/> 脱臼 <input type="checkbox"/> instability <input type="checkbox"/> その他 ( )			
除去したインプラント名 (抜去した場合、必ず入力すること)				
メーカー名	股臼側	insert	大腿骨側	骨頭
商品名				
サイズ(直径)	mm	_____	_____	mm
材質	<input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> PE <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> セラミック <input type="checkbox"/> PE <input type="checkbox"/> その他 ( )	_____	<input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> セラミック <input type="checkbox"/> その他 ( )
設置年月日				

## D 手術技法 (再手術の時、登録が必要な項目は不要が選択可能。アプローチは除く。)

アプローチ ※3	<input type="checkbox"/> 前方 <input type="checkbox"/> 側方 <input type="checkbox"/> 後方 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
大転子 ※4	<input type="checkbox"/> 非切断 <input type="checkbox"/> 一部切断 <input type="checkbox"/> 切断	minimally invasive technique	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
navigation system	<input type="checkbox"/> 非使用 <input type="checkbox"/> 使用(術前CTを必要としないもの) <input type="checkbox"/> 使用(術前CTがなければ使用できないもの)		
robotics	<input type="checkbox"/> 非使用 <input type="checkbox"/> 使用(術前CTを必要としないもの) <input type="checkbox"/> 使用(術前CTがなければ使用できないもの)		
セメント ※5	<input type="checkbox"/> セメントレス <input type="checkbox"/> Hybrid ( <input type="checkbox"/> 臼蓋 <input type="checkbox"/> 大腿骨) <input type="checkbox"/> セメント		
抗生剤含有セメント	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (「抗生剤名」 _____ を _____ グラム / セメント1パック)		
骨移植 ※6	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 一部あり ( <input type="checkbox"/> 自家骨 <input type="checkbox"/> 同種骨) ( <input type="checkbox"/> 臼蓋 <input type="checkbox"/> 大腿骨) <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 自家骨 <input type="checkbox"/> 同種骨) ( <input type="checkbox"/> 臼蓋 <input type="checkbox"/> 大腿骨)		
生体活性材料(人工骨など)の使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 一部あり ( <input type="checkbox"/> 臼蓋 <input type="checkbox"/> 大腿骨) <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 臼蓋 <input type="checkbox"/> 大腿骨)		
部品・補強部品 ※7	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 臼蓋 <input type="checkbox"/> 大腿骨)		

# #2 JOANR 入力用フォーム① TKA/UKA/PFA

JOANR 調査票

症例毎に記入。調査票はコピーしてご使用下さい。

手術日	西暦 2025年11月19日(水)	入力者	テスト 医師	備考	
-----	-------------------	-----	--------	----	--

## A 基本項目

手術日	2025年11月19日	加工ID	
患者姓名(カタカナ)	(カタカナ)かごしま いちたろう 姓名[ 鹿児島 一太郎 ]	患者生年月日	2000年06月10日
患者生まれた場所(都道府県名)		患者性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
術式		病名	
手術時間※1	[ ]時間 [ ]分	麻酔時間	[ ]時間 [ ]分
術者氏名	姓名[ ]	助手氏名	姓名[ ]
看護師数	[ ]人	技師数	[ ]人

## B 初回手術

手術側	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	今回の手術	<input type="checkbox"/> TKA <input type="checkbox"/> UKA <input type="checkbox"/> PFA	UKAの場合	<input type="checkbox"/> 内側 <input type="checkbox"/> 外側 <input type="checkbox"/> 内側・外側
既往手術※2	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> HTO後 <input type="checkbox"/> 鏡視下手術後 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
手術診断名	<input type="checkbox"/> OA <input type="checkbox"/> RAまたはRA類似疾患 <input type="checkbox"/> ION <input type="checkbox"/> 外傷 <input type="checkbox"/> シャルコー関節 <input type="checkbox"/> その他 ( )				

## C 再手術 (再手術とはいかなる理由でもインプラントを抜去または入れ換えした場合とする。)

初回手術について(この項目は、可能であれば入力する)					
初回手術年月日(西暦)		初回手術施設名			
初回手術診断名	<input type="checkbox"/> OA <input type="checkbox"/> RAまたはRA類似疾患 <input type="checkbox"/> ION <input type="checkbox"/> 外傷 <input type="checkbox"/> シャルコー関節 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
手術側	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	今回の手術	<input type="checkbox"/> TKA <input type="checkbox"/> UKA <input type="checkbox"/> PFA	UKAの場合	<input type="checkbox"/> 内側 <input type="checkbox"/> 外側 <input type="checkbox"/> 内側・外側
手術の理由	<input type="checkbox"/> loosenig ( <input type="checkbox"/> 大腿骨 <input type="checkbox"/> 脛骨 <input type="checkbox"/> 膝蓋骨) <input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> 脱臼・instability <input type="checkbox"/> インプラント破損( <input type="checkbox"/> 大腿骨 <input type="checkbox"/> 脛骨 <input type="checkbox"/> 膝蓋骨) <input type="checkbox"/> ポリエチレン摩耗( <input type="checkbox"/> 脛骨 <input type="checkbox"/> 膝蓋骨) <input type="checkbox"/> 外傷 <input type="checkbox"/> 可動域制限 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
手術の内容	<input type="checkbox"/> 抜去のみ( <input type="checkbox"/> 大腿骨 <input type="checkbox"/> 脛骨 <input type="checkbox"/> insert <input type="checkbox"/> 膝蓋骨) <input type="checkbox"/> 再置換術( <input type="checkbox"/> 大腿骨 <input type="checkbox"/> 脛骨 <input type="checkbox"/> insert <input type="checkbox"/> 膝蓋骨)				
抜去したインプラント名(抜去した場合、必ず入力すること。)					
	大腿骨	脛骨	insert	膝蓋骨	
メーカー名					
商品名					
設置年月日					

## D 手術手技 (再手術の時、登録が不要な項目は不要が選択可能。アプローチは除く。)

アプローチ	<input type="checkbox"/> para-patella <input type="checkbox"/> mid-vastus <input type="checkbox"/> sub-vastus <input type="checkbox"/> lateral <input type="checkbox"/> QS <input type="checkbox"/> その他 ( )				
minimally invasive technique	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	膝蓋骨置換※3	<input type="checkbox"/> 非置換 <input type="checkbox"/> 置換		
navigation system	<input type="checkbox"/> 非使用 <input type="checkbox"/> 使用(術前CTを必要としないもの) <input type="checkbox"/> 使用(術前CTがなければ使用できないもの)				
robotics	<input type="checkbox"/> 非使用 <input type="checkbox"/> 使用(術前CTを必要としないもの) <input type="checkbox"/> 使用(術前CTがなければ使用できないもの)				
セメント※4	<input type="checkbox"/> セメントレス <input type="checkbox"/> Hybrid ( <input type="checkbox"/> 大腿骨 <input type="checkbox"/> 脛骨 <input type="checkbox"/> 膝蓋骨) <input type="checkbox"/> セメント				
抗生剤含有セメント	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (「抗生剤名」 を グラム/セメント1パック)				
骨移植※5	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 一部あり( <input type="checkbox"/> 自家 <input type="checkbox"/> 同種)( <input type="checkbox"/> 大腿骨 <input type="checkbox"/> 脛骨 <input type="checkbox"/> 膝蓋骨) <input type="checkbox"/> あり( <input type="checkbox"/> 自家 <input type="checkbox"/> 同種)( <input type="checkbox"/> 大腿骨 <input type="checkbox"/> 脛骨 <input type="checkbox"/> 膝蓋骨)				
生体活性材料(人口骨など)の使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 一部あり( <input type="checkbox"/> 大腿骨 <input type="checkbox"/> 脛骨 <input type="checkbox"/> 膝蓋骨) <input type="checkbox"/> あり( <input type="checkbox"/> 大腿骨 <input type="checkbox"/> 脛骨 <input type="checkbox"/> 膝蓋骨)				
部品・補強部品※6	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				

# 2

JOANR 入力用フォーム②

TKA/UKA/PFA

JOANR 調査票

症例毎に記入。調査票はコピーしてご使用下さい。

手術日

西暦 2025年11月19日(水)

入力者

テスト 医師

備考

E使用したコンポーネント (ラベルを貼付)

大腿骨側

部品・補強部品

--

--

脛骨側

ベースプレート

--

insert(インナー)

--

膝蓋骨

生体活性材料

--

--

セメント

その他

--

--

## # 2

## JOANR 入力用フォーム①

## 解剖学的TSA/リバーズ型TSA

JOANR 調査票

症例毎に記入。調査票はコピーしてご使用下さい。

手術日 西暦 2025年11月19日(水) 入力者 テスト 医師 備考

## A 基本項目

手術日	2025年11月19日	加工ID	
患者姓名(カタカナ)	(カタカナ)かごしま いちたろう 姓名[ 鹿児島 一太郎 ]	患者生年月日	2000年06月10日
患者生まれた場所(都道府県名)		患者性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
術式		病名	
手術時間 ※1	[ ]時間 [ ]分	麻酔時間	[ ]時間 [ ]分
術者氏名	姓名[ ]	助手氏名	姓名[ ]
看護師数	[ ]人	技師数	[ ]人

## B 初回手術 (初回の人口肩関節置換術として解剖学的TSAまたはリバーズ型TSAを選択した場合)

選択したTSA	<input type="checkbox"/> 解剖学的TSA <input type="checkbox"/> リバーズ型TSA	手術側	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	利き腕	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左
既往手術 ※2	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 腱板修復術( <input type="checkbox"/> 鏡視下 <input type="checkbox"/> オープン) <input type="checkbox"/> 上腕骨近位端骨折 <input type="checkbox"/> 関節脱臼制動術 <input type="checkbox"/> その他( )				
手術診断名	<input type="checkbox"/> Cuffteararthritis(CTA) <input type="checkbox"/> 腱板広範囲断裂 <input type="checkbox"/> 一次性OA <input type="checkbox"/> RAまたはRA類似疾患 <input type="checkbox"/> 上腕骨近位端骨折 <input type="checkbox"/> 骨折続発症 <input type="checkbox"/> ION <input type="checkbox"/> その他( )				

## C 再手術 (再手術とはいかなる理由でもインプラントを抜去または入れ換えた場合とする。)

初回手術について	初回手術年月日(西暦)		初回手術施設名	
	手術診断名	<input type="checkbox"/> Cuffteararthritis(CTA) <input type="checkbox"/> 腱板広範囲断裂 <input type="checkbox"/> 一次性OA <input type="checkbox"/> RAまたはRA類似疾患 <input type="checkbox"/> 上腕骨近位端骨折 <input type="checkbox"/> 骨折続発症 <input type="checkbox"/> ION <input type="checkbox"/> その他( )		
	初回手術名	<input type="checkbox"/> 人工骨頭置換術 <input type="checkbox"/> 解剖学的TSA <input type="checkbox"/> リバーズ型TSA		
選択したTSA	<input type="checkbox"/> 解剖学的TSA <input type="checkbox"/> リバーズ型TSA	手術側	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	
手術の理由	<input type="checkbox"/> loosening ( <input type="checkbox"/> 上腕骨 <input type="checkbox"/> 肩甲骨) <input type="checkbox"/> 感染 <input type="checkbox"/> 脱臼・instability <input type="checkbox"/> インプラント破損( <input type="checkbox"/> 上腕骨 <input type="checkbox"/> 肩甲骨) <input type="checkbox"/> ポリエチレン摩耗( <input type="checkbox"/> 上腕骨 <input type="checkbox"/> 肩甲骨) <input type="checkbox"/> 外傷 <input type="checkbox"/> 可動域制限 <input type="checkbox"/> その他( )			
手術の内容	<input type="checkbox"/> 抜去のみ( <input type="checkbox"/> 上腕骨 <input type="checkbox"/> 肩甲骨 <input type="checkbox"/> insert) <input type="checkbox"/> 再置換( <input type="checkbox"/> 上腕骨 <input type="checkbox"/> 肩甲骨 <input type="checkbox"/> insert) <input type="checkbox"/> 抜去+待機手術( <input type="checkbox"/> 上腕骨 <input type="checkbox"/> 肩甲骨 <input type="checkbox"/> insert) <input type="checkbox"/> 関節窩形成 <input type="checkbox"/> 抗生剤入りスペーサー挿入)			
抜去したインプラント名		上腕骨	肩甲骨	insert
	メーカー名			
	商品名			
	設置年月日			

## D 手術手技 (再手術の時、登録が不要な項目は不要が選択可能。アプローチは除く。)

アプローチ	<input type="checkbox"/> Deltpectoral <input type="checkbox"/> Anterosuperior <input type="checkbox"/> その他( )			
腱板断裂	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( <input type="checkbox"/> 棘上筋 <input type="checkbox"/> 棘下筋 <input type="checkbox"/> 肩甲下筋 <input type="checkbox"/> 小円筋)			
腱板修復	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( <input type="checkbox"/> 棘上筋 <input type="checkbox"/> 棘下筋 <input type="checkbox"/> 肩甲下筋 <input type="checkbox"/> 小円筋)			
セメント ※3	<input type="checkbox"/> セメントレス <input type="checkbox"/> セメント <input type="checkbox"/> Hybrid( <input type="checkbox"/> 上腕骨 <input type="checkbox"/> 肩甲骨)	上腕骨インプラント設置後捻角度		度
抗生剤含有セメント	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(「抗生剤名」 を グラム/セメント1パック)			
骨移植 ※4	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 一部あり( <input type="checkbox"/> 自家 <input type="checkbox"/> 同種)( <input type="checkbox"/> 上腕骨 <input type="checkbox"/> 肩甲骨) <input type="checkbox"/> あり( <input type="checkbox"/> 自家 <input type="checkbox"/> 同種)( <input type="checkbox"/> 上腕骨 <input type="checkbox"/> 肩甲骨)			
生体活性材料(人口骨など)の使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 一部あり( <input type="checkbox"/> 上腕骨 <input type="checkbox"/> 肩甲骨) <input type="checkbox"/> あり( <input type="checkbox"/> 上腕骨 <input type="checkbox"/> 肩甲骨)			
部品・補強部品 ※5	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( <input type="checkbox"/> 関節窩 <input type="checkbox"/> 上腕骨)			

# #2 JOANR 入力用フォーム②

## 解剖学的TSA/リバーズ型TSA

JOANR 調査票

症例毎に記入。調査票はコピーしてご使用下さい。

手術日

西暦 2025年11月19日(水)

入力者

テスト 医師

備考

E使用したコンポーネント (ラベルを貼付)

グレンoidコンポーネント/ベースプレート

部品・補強部品

ステム

インサート

セメント

ヘッド/グレンosフィア

生体活性材料

メタフィシス

その他

# #2 JOANR 入力用フォーム 関節鏡視下手術（膝関節）

JOANR 調査票

症例毎に記入。調査票はコピーしてご使用下さい。

手術日  入力者  備考

## A 基本項目

手術日	2025年11月19日	加工ID	
患者姓名 (カタカナ)	(カタカナ)かごしま いちたろう 姓名 [ 鹿児島 一太郎 ]	患者生年月日	2000年06月10日
患者生まれた場所 (都道府県名)		患者性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
術式		病名	
手術時間	[ ] 時間 [ ] 分	麻酔時間	[ ] 時間 [ ] 分
術者氏名	姓名 [ ]	助手氏名	姓名 [ ]
看護師数	[ ] 人	技師数	[ ] 人

## B 手術のプロファイル

術中のトラブルや問題の発生について	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
-------------------	---

## C 手術内容

実施した鏡視下手術 <small>実施した鏡視下手術にチェックを入れ、 該当項目に○をつけてください</small>	<input type="checkbox"/> 前十字靭帯再建術	
	手術回数 [ ] 回目の手術	
	使用した移植腱	<input type="checkbox"/> ハムストリング
		利用側 <input type="checkbox"/> 同側 <input type="checkbox"/> 反対側
		半腱様筋腱 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
		薄筋腱 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
		<input type="checkbox"/> 膝蓋腱
		利用側 <input type="checkbox"/> 同側 <input type="checkbox"/> 反対側
		<input type="checkbox"/> 大腿四頭筋腱
		利用側 <input type="checkbox"/> 同側 <input type="checkbox"/> 反対側
	内側半月板	<input type="checkbox"/> 腸脛靭帯
		利用側 <input type="checkbox"/> 同側 <input type="checkbox"/> 反対側
		<input type="checkbox"/> その他 ( )
		<input type="checkbox"/> なし
		<input type="checkbox"/> あり(切除)
		切除 <input type="checkbox"/> 1/3以下 <input type="checkbox"/> 1/2以下 <input type="checkbox"/> 2/3以下 <input type="checkbox"/> 全切除
		長さ <input type="checkbox"/> 1.5cm以下 <input type="checkbox"/> 1.5cmを超える
		<input type="checkbox"/> あり(縫合)
	縫合 <input type="checkbox"/> inside-out法 <input type="checkbox"/> outside-in法 <input type="checkbox"/> all-inside法	
	長さ <input type="checkbox"/> 1.5cm以下 <input type="checkbox"/> 1.5cmを超える	
	外側半月板	<input type="checkbox"/> なし
		<input type="checkbox"/> あり(切除)
		切除 <input type="checkbox"/> 1/3以下 <input type="checkbox"/> 1/2以下 <input type="checkbox"/> 2/3以下 <input type="checkbox"/> 全切除
		長さ <input type="checkbox"/> 1.5cm以下 <input type="checkbox"/> 1.5cmを超える
<input type="checkbox"/> あり(縫合)		
縫合 <input type="checkbox"/> inside-out法 <input type="checkbox"/> outside-in法 <input type="checkbox"/> all-inside法		
長さ <input type="checkbox"/> 1.5cm以下 <input type="checkbox"/> 1.5cmを超える		
<input type="checkbox"/> 後十字靭帯再建術		
手術回数 [ ] 回目の手術		
使用した移植腱	<input type="checkbox"/> ハムストリング	
	利用側 <input type="checkbox"/> 同側 <input type="checkbox"/> 反対側	
	半腱様筋腱 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	薄筋腱 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	<input type="checkbox"/> 膝蓋腱	
	利用側 <input type="checkbox"/> 同側 <input type="checkbox"/> 反対側	
	<input type="checkbox"/> 大腿四頭筋腱	
	利用側 <input type="checkbox"/> 同側 <input type="checkbox"/> 反対側	
内側半月板	<input type="checkbox"/> 腸脛靭帯	
	利用側 <input type="checkbox"/> 同側 <input type="checkbox"/> 反対側	
	<input type="checkbox"/> その他 ( )	
	<input type="checkbox"/> なし	
	<input type="checkbox"/> あり(切除)	
	切除 <input type="checkbox"/> 1/3以下 <input type="checkbox"/> 1/2以下 <input type="checkbox"/> 2/3以下 <input type="checkbox"/> 全切除	
	長さ <input type="checkbox"/> 1.5cm以下 <input type="checkbox"/> 1.5cmを超える	
	<input type="checkbox"/> あり(縫合)	
縫合 <input type="checkbox"/> inside-out法 <input type="checkbox"/> outside-in法 <input type="checkbox"/> all-inside法		
長さ <input type="checkbox"/> 1.5cm以下 <input type="checkbox"/> 1.5cmを超える		
外側半月板	<input type="checkbox"/> なし	
	<input type="checkbox"/> あり(切除)	
	切除 <input type="checkbox"/> 1/3以下 <input type="checkbox"/> 1/2以下 <input type="checkbox"/> 2/3以下 <input type="checkbox"/> 全切除	
	長さ <input type="checkbox"/> 1.5cm以下 <input type="checkbox"/> 1.5cmを超える	
	<input type="checkbox"/> あり(縫合)	
	縫合 <input type="checkbox"/> inside-out法 <input type="checkbox"/> outside-in法 <input type="checkbox"/> all-inside法	
	長さ <input type="checkbox"/> 1.5cm以下 <input type="checkbox"/> 1.5cmを超える	

# #2 JOANR 入力用フォーム 関節鏡視下手術（膝関節）

JOANR 調査票

症例毎に記入。調査票はコピーしてご使用下さい。

手術日  入力者  備考

## C 手術内容

実施した鏡視下手術 実施した鏡視下手術にチェックを入れ、 該当項目に○をつけてください	<input type="checkbox"/> 半月板切除/縫合術	
	内側半月板	<input type="checkbox"/> なし
		<input type="checkbox"/> あり(切除)
		切除 <input type="checkbox"/> 1/3以下 <input type="checkbox"/> 1/2以下 <input type="checkbox"/> 2/3以下 <input type="checkbox"/> 全切除 長さ <input type="checkbox"/> 1.5cm以下 <input type="checkbox"/> 1.5cmを超える
		<input type="checkbox"/> あり(縫合)
	縫合 <input type="checkbox"/> inside-out法 <input type="checkbox"/> outside-in法 <input type="checkbox"/> all-inside法 長さ <input type="checkbox"/> 1.5cm以下 <input type="checkbox"/> 1.5cmを超える	
	外側半月板	<input type="checkbox"/> なし
		<input type="checkbox"/> あり(切除)
		切除 <input type="checkbox"/> 1/3以下 <input type="checkbox"/> 1/2以下 <input type="checkbox"/> 2/3以下 <input type="checkbox"/> 全切除 長さ <input type="checkbox"/> 1.5cm以下 <input type="checkbox"/> 1.5cmを超える
		<input type="checkbox"/> あり(縫合)
縫合 <input type="checkbox"/> inside-out法 <input type="checkbox"/> outside-in法 <input type="checkbox"/> all-inside法 長さ <input type="checkbox"/> 1.5cm以下 <input type="checkbox"/> 1.5cmを超える		
<input type="checkbox"/> ACL、PCL以外の靭帯手術 <input type="checkbox"/> MCL <input type="checkbox"/> LCL <input type="checkbox"/> その他 ( )		
<input type="checkbox"/> 複合靭帯損傷に対する再建術/修復術		
<input type="checkbox"/> 軟骨修復術 <input type="checkbox"/> ドリリング <input type="checkbox"/> RF <input type="checkbox"/> OAT <input type="checkbox"/> 軟骨細胞移植 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
病巣部の大きさ <input type="checkbox"/> 2cm未満 <input type="checkbox"/> 2-4cm未満 <input type="checkbox"/> 4cmを超える		
<input type="checkbox"/> 滑膜切除術、デブリメント		
<input type="checkbox"/> その他の手術 ( )		

## D 灌流液

使用した灌流液 ○をつけ、使用量を記載してください	<input type="checkbox"/> アルスロマチック関節用灌流液	使用量 [ ] L
	<input type="checkbox"/> 生理食塩水	使用量 [ ] L
	<input type="checkbox"/> その他 ( )	使用量 [ ] L
灌流液の灌流方法	<input type="checkbox"/> ポンプ <input type="checkbox"/> 自然落下 <input type="checkbox"/> 加圧バック <input type="checkbox"/> その他 ( )	

## E その他特記事項

特記事項	
------	--

# #2 JOANR 入力用フォーム 関節鏡視下手術（肩関節）

JOANR 調査票

症例毎に記入。調査票はコピーしてご使用下さい。

手術日  入力者  備考

## A 基本項目

手術日	2025年11月19日	加工ID	
患者姓名 (カタカナ)	(カタカナ)かごしま いちたろう 姓名 [ 鹿児島 一太郎 ]	患者生年月日	2000年06月10日
患者生まれた場所 (都道府県名)		患者性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
術式		病名	
手術時間	[ ]時間 [ ]分	麻酔時間	[ ]時間 [ ]分
術者氏名	姓名 [ ]	助手氏名	姓名 [ ]
看護師数	[ ]人	技師数	[ ]人

## B 手術のプロファイル

術中のトラブルや問題の発生について  なし  あり

## C 手術内容

実施した鏡視下手術 <small>実施した鏡視下手術にチェックを入れ、 該当項目に○をつけてください</small>	<input type="checkbox"/> 腱板修復術	
	手術回数 [ ]回目の手術	手術手技 <input type="checkbox"/> 鏡視下 <input type="checkbox"/> ミニオープン
	腱板の断裂サイズ	<input type="checkbox"/> 広範囲(5cm以上) <input type="checkbox"/> 大(3~5cm) <input type="checkbox"/> 小・中(3cm未満)・不全
	修復した腱	<input type="checkbox"/> 棘上筋腱 <input type="checkbox"/> 棘下筋腱 <input type="checkbox"/> 小円筋腱 <input type="checkbox"/> 肩甲下筋腱
	上腕二頭筋腱の処置	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> tenotomy <input type="checkbox"/> tenodesis <input type="checkbox"/> preserve
	修復方法	<input type="checkbox"/> single-row法 <input type="checkbox"/> double-row法 <input type="checkbox"/> suture bridge法 <input type="checkbox"/> trans-osseous法 <input type="checkbox"/> パッチ法 <input type="checkbox"/> 腱移行術 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	使用したアンカー数	[ ]
	追加手術	関節授動術の併用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 肩峰形成術の併用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	<input type="checkbox"/> バンカート修復術	
	手術回数 [ ]回目の手術	関節唇損傷範囲 <input type="checkbox"/> 前上方 <input type="checkbox"/> 前下方 <input type="checkbox"/> 後上方 <input type="checkbox"/> 後下方
	修復方法	<input type="checkbox"/> single row <input type="checkbox"/> DAFF <input type="checkbox"/> その他 ( )
	腱板疎部閉鎖	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 使用したアンカー数 [ ]
	追加手術	骨移植 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 自家骨 <input type="checkbox"/> 人工骨 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 烏口突起移行術 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり Remplisage <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり HAGL/関節包修復術 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	<input type="checkbox"/> その他の関節唇手術	
	関節唇損傷範囲	<input type="checkbox"/> 前上方 <input type="checkbox"/> 前下方 <input type="checkbox"/> 後上方 <input type="checkbox"/> 後下方
	修復方法	<input type="checkbox"/> single row <input type="checkbox"/> DAFF <input type="checkbox"/> その他 ( )
	腱板疎部閉鎖	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 使用したアンカー数 [ ]
	追加手術	関節授動術の併用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 肩峰形成術の併用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	<input type="checkbox"/> 観血的関節授動術	
	腱板疎部閉鎖	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 使用したアンカー数 [ ]
	<input type="checkbox"/> HAGL/関節包修復術	
	Capsular releaseの部位	<input type="checkbox"/> 前上方 <input type="checkbox"/> 前下方 <input type="checkbox"/> 後上方 <input type="checkbox"/> 後下方 Bennett 骨棘切除 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	<input type="checkbox"/> デブリードマン	
	<input type="checkbox"/> 肩峰形成術	
	<input type="checkbox"/> 再鏡視	
	初回手術	<input type="checkbox"/> 腱板修復術 <input type="checkbox"/> バンカート修復術 <input type="checkbox"/> その他 ( )
<input type="checkbox"/> その他		



#2

JOANR 入力用フォーム

関節鏡視下手術（足関節）

JOANR 調査票

症例毎に記入。調査票はコピーしてご使用下さい。

手術日 西暦 2025年11月19日(水) 入力者 テスト 医師 備考

## A 基本項目

手術日	2025年11月19日	加工ID	
患者姓名（カタカナ）	(カタカナ)たなか いちろう 姓名 [ 田中 一郎 ]	患者生年月日	1970年05月05日
患者生まれた場所（都道府県名）		患者性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
術式		病名	
手術時間	[ ]時間 [ ]分	麻酔時間	[ ]時間 [ ]分
術者氏名	姓名 [ ]	助手氏名	姓名 [ ]
看護師数	[ ]人	技師数	[ ]人

## B 手術のプロファイル

術中のトラブルや問題の発生について  なし  あり

## C 手術内容

実施した鏡視下手術 <small>実施した鏡視下手術にチェックを入れ、 該当項目に○をつけてください</small>	<input type="checkbox"/> 足関節前方インピンジメント症候群に対する鏡視下手術	<input type="checkbox"/> 骨性 <input type="checkbox"/> 軟部組織性
	<input type="checkbox"/> 足関節後方インピンジメント症候群に対する鏡視下手術	
	<input type="checkbox"/> 骨軟骨損傷に対する鏡視下手術または検査	
	部位	<input type="checkbox"/> 距骨滑車外側 <input type="checkbox"/> 距骨滑車内側 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	<input type="checkbox"/> 鏡視下関節固定術	
	部位	<input type="checkbox"/> 足関節 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	<input type="checkbox"/> デブリドメントまたは滑膜切除術	
	<input type="checkbox"/> 新鮮または陳旧性靭帯損傷に対する鏡視下手術または検査	
部位	<input type="checkbox"/> 足関節外側靭帯 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
<input type="checkbox"/> その他 ( )		

## D 灌流液

使用した灌流液 <small>○をつけ、使用量を記載してください</small>	<input type="checkbox"/> アルスロマチック関節用灌流液	使用量 [ ] L
	<input type="checkbox"/> 生理食塩水	使用量 [ ] L
	<input type="checkbox"/> その他 ( )	使用量 [ ] L
灌流液の灌流方法	<input type="checkbox"/> ポンプ <input type="checkbox"/> 自然落下 <input type="checkbox"/> 加圧バック <input type="checkbox"/> その他 ( )	

## E その他特記事項

特記事項	
------	--

# #2 JOANR 入力用フォーム 関節鏡視手術（股関節）

JOANR 調査票

症例毎に記入。調査票はコピーしてご使用下さい。

手術日  入力者  備考 

## A 基本項目

手術日	2025年11月19日	加工ID	
患者姓名（カタカナ）	(カタカナ)たなか いちろう 姓名 [ 田中 一郎 ]	患者生年月日	1970年05月05日
患者生まれた場所（都道府県）		患者性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
術式		病名	
手術時間 ※1	[ ]時間 [ ]分	麻酔時間	[ ]時間 [ ]分
術者氏名	姓名 [ ]	助手氏名	姓名 [ ]
看護師数	[ ]人	技師数	[ ]人

## B 手術のプロファイル

術中のトラブルや問題発生について  あり  なし

## C 再手術

実施した鏡視下手術 実施した鏡視下手術にチェックを入れ、 該当項目に○をつけてください。	<input type="checkbox"/> 股関節インピンジメント(FAI)	<input type="checkbox"/> camのみ <input type="checkbox"/> Pincerのみ <input type="checkbox"/> 混合型 <input type="checkbox"/> 処置せずLeft in situ
	<input type="checkbox"/> 股関節唇処置	
	股関節唇処置の詳細	<input type="checkbox"/> 部分切除 <input type="checkbox"/> 蒸散 <input type="checkbox"/> アンカー縫合 <input type="checkbox"/> 移植腱を用いた再建 ( )
	<input type="checkbox"/> 臼蓋縁領域のMAHORN分類	
	grade	<input type="checkbox"/> 1a i <input type="checkbox"/> 1a ii <input type="checkbox"/> 1b i <input type="checkbox"/> 1b ii <input type="checkbox"/> 2 i <input type="checkbox"/> 2 ii <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	臼蓋縁領域のMAHORN分類	<input type="checkbox"/> 蒸散 <input type="checkbox"/> マイクロフラクチャー <input type="checkbox"/> アンカー縫合
	<input type="checkbox"/> 大腿骨頭靭帯	
	大腿骨頭靭帯の詳細	<input type="checkbox"/> デブリードメント <input type="checkbox"/> 蒸散 <input type="checkbox"/> 移植腱を用いた再建 ( )
	<input type="checkbox"/> 遊離体	
	遊離体の詳細	摘出術[ ]個 <input type="checkbox"/> 滑膜炎性骨軟骨腫症
	<input type="checkbox"/> 臼蓋形成不全の処置	
	臼蓋形成不全の処置	<input type="checkbox"/> 関節鏡手術のみ <input type="checkbox"/> 骨きりと併用 <input type="checkbox"/> 臼蓋形成術と併用 <input type="checkbox"/> その他 ( )
<input type="checkbox"/> その他 ( )		

## D 灌流液

使用した灌流液	<input type="checkbox"/> アルスロマチック関節用灌流液	使用量 [ ] L
○をつけ、使用量を記載してください	<input type="checkbox"/> 生理食塩水	使用量 [ ] L
	<input type="checkbox"/> その他	使用量 [ ] L
灌流液の灌流方法	<input type="checkbox"/> ポンプ <input type="checkbox"/> 自然落下 <input type="checkbox"/> 加圧バック <input type="checkbox"/> その他 ( )	

## E その他特記事項

特記事項	
------	--

## #2 JOANR 入力用フォーム 関節鏡視手術 その他の部位

JOANR 調査票

症例毎に記入。調査票はコピーしてご使用下さい。

手術日  入力者  備考 

### A 基本項目

手術日	2025年11月19日	加工ID	
患者姓名 (カタカナ)	(カタカナ)たなか いちろう 姓名 [ 田中 一郎 ]	患者生年月日	1970年05月05日
患者生まれた場所 (都道府県)		患者性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
術式		病名	
手術時間 ※1	[ ]時間 [ ]分	麻酔時間	[ ]時間 [ ]分
術者氏名	姓名 [ ]	助手氏名	姓名 [ ]
看護師数	[ ]人	技師数	[ ]人

### B 手術のプロファイル

術中のトラブルや問題発生について	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
------------------	---

### C 再手術

手術日	<input type="checkbox"/> 肘関節 <input type="checkbox"/> 手関節 <input type="checkbox"/> その他 ( )
手術内容	

### D 灌流液

使用した灌流液 ○をつけ、使用量を記載してください	<input type="checkbox"/> アルスロマチック関節用灌流液	使用量 [ ] L
	<input type="checkbox"/> 生理食塩水	使用量 [ ] L
	<input type="checkbox"/> その他	使用量 [ ] L
灌流液の灌流方法	<input type="checkbox"/> ポンプ <input type="checkbox"/> 自然落下 <input type="checkbox"/> 加圧パック <input type="checkbox"/> その他 ( )	

### E その他特記事項

特記事項	
------	--

障害年金等の請求を行うとき、その障害の原因又は誘因となった傷病で初めて受診した医療機関の初診日を明らかにすることが必要です。そのために使用する証明書です。

## 受診状況等証明書

① 氏 名 田中 一郎

② 傷 病 名 \_\_\_\_\_

③ 発 病 年 月 日 \_\_\_\_\_

④ 傷病の原因又は誘因 \_\_\_\_\_

⑤ 発病から初診までの経過

前医からの紹介状はありますか。⇒ 有 無 (有の場合はコピーの添付をお願いします。)

.....  
 .....  
 .....

※診療録に前医受診の記録がある場合 1 初診時の診察録より記載したものです。  
 右の該当する番号に○印をつけてください 2 \_\_\_\_\_ の診察録より記載したものです。

⑥ 初 診 年 月 日 \_\_\_\_\_

⑦ 終 診 年 月 日 \_\_\_\_\_

⑧ 終診時の転帰 ( \_\_\_\_\_ )

⑨ 初診から終診までの治療内容及び経過の概要

.....  
 .....  
 .....  
 .....

⑩ 次の該当する番号(1~4)に○印をつけてください。

複数に○をつけた場合は、それぞれに基づく記載内容の範囲がわかるように余白に記載してください。

- 上記の記載は
- 1 診察録より記載したものです。
  - 2 受診受付簿、入院記録より記載したものです。
  - 3 その他 ( \_\_\_\_\_ ) より記載したものです。
  - 4 \_\_\_\_\_ の本人の申し立てによるものです。

⑪ 令和7年11月19日

医療機関名 メディカル医院

診療担当科名 \_\_\_\_\_

所在地 東京都千代田区〇〇-△△

医師氏名 テスト 医師

(提出先) 日本年金機構

(裏面をご覧ください)

## 様式10

## 医療保護入院者の入院届

令和7年11月19日

知事 殿

病院名 メディカル医院

所在地 東京都千代田区〇〇-△△

管理者名 医師 太郎

下記の者が医療保護入院しましたので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条第9項の規定により届け出ます。

医療保護入院者	フリガナ	タナカ イチロウ	生年月日	昭和45年05月05日 生
	氏名	田中 一郎 (男)		(満 55 歳)
	住所	千葉県千葉市中央区		
家族等の同意により入院した年月日		今回の入院年月日		
今回の医療保護入院の入院期間	まで	入院形態		
第34条による移送の有無	○有 ○無			
病名	1 主たる精神障害	2 従たる精神障害	3 身体合併症	
	ICDカテゴリー( )	ICDカテゴリー( )		
生活歴及び現病歴	推定発病年月、精神科受診歴等を記載すること。  (特定医師の診察により入院した場合には特定医師の採った措置の妥当性について記載すること。)  (陳述者氏名 続柄 )			
初回入院期間	(入院形態 )	～		
前回入院期間	(入院形態 )	～		
初回から前回までの入院回数	計 回			

<現在の精神症状>	I 意識 1 意識混濁 2 せん妄 3 もうろう 4 その他 ( )
	II 知能 ( 軽度障害、中等度障害、重度障害 )
	III 記憶 1 記銘障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他 ( )
	IV 知覚 1 幻聴 2 幻視 3 その他 ( )
	V 思考 1 妄想 2 思考途絶 3 連合弛緩 4 滅裂思考 5 思考奔逸 6 思考制止 7 強迫概念 8 その他 ( )
	VI 感情・情動 1 感情平板化 2 抑うつ気分 3 高揚気分 4 感情失禁 5 焦燥・激越 6 易怒性・被刺激性亢進 7 その他 ( )
	VII 意欲 1 衝動行為 2 行為心拍 3 興奮 4 昏迷 5 精神運動制止 6 無為・無関心 7 その他 ( )
	VIII 自我意識 1 離人感 2 させられ体験 3 解離 4 その他 ( )
	IX 食行動 1 拒食 2 過食 3 異食 4 その他 ( )

<その他の重要な症状> <問題行動等> <現在の状態像>	1 てんかん発作 2 自殺念慮 3 物質依存 ( ) 4 その他 ( ) 1 暴言 2 徘徊 3 不潔行為 4 その他 ( ) 1 幻覚妄想状態 2 精神運動興奮状態 3 昏迷状態 4 統合失調症等残遺状態 5 抑うつ状態 6 躁状態 7 せん妄状態 8 もうろう状態 9 認知症状態 10 その他 ( )
------------------------------------	--

医療保護入院の必要性 患者自身の病気に対する理解の程度を含め、任意入院が行われる状態にないと判断した理由について記載すること。	
--	--

入院を必要と認めた精神保健指定医氏名	署名				
選任された退院後生活環境相談員の氏名					
同意をした家族等	氏名	( )	続柄	生年 月日	生
		( )	続柄		生
	住所				
	1 配偶者 2 父母(親権者で ) 3 祖父母等 4 子・孫等 5 兄弟姉妹 6 後見人又は保佐人 7 家庭裁判所が選任した扶養義務者(選任年月日 ) 8 市町村長				

審査会意見	
都道府県の措置	

## 医療保護入院者の退院届

知事 殿

令和7年11月19日

病院名 メディカル医院

所在所 東京都千代田区〇〇-△△

管理者名 医師 太郎

下記の医療保護入院者が退院したので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第33条の2の規定により届け出ます。

医療保護入院者	フリガナ	タナカ イチロウ		生年月日	昭和45年05月05日 生 (満 55 歳)
	氏名	田中 一郎 (男)			
	住所	千葉県千葉市中央区			
入院年月日 (医療保護入院)					
退院年月日					
病名	1 主たる精神障害	2 従たる精神障害	3 身体合併症		
	ICDカテゴリー( )	ICDカテゴリー( )			
退院後の処置	1 入院継続(任意入院・措置入院・他科) 4 死亡 5 その他( )		2 通院医療	3 転医	
退院後の帰省先	1 自宅(i 家族と同居、ii 単身) 3 その他( )		2 施設		
帰住先の住所					
訪問支援等に関する意見					
障害福祉サービス等の活用に関する意見					
主治医氏名	テスト 医師				

## 記載上の留意事項

- 入院年月日の欄は、大33条第1講又は第2項による医療保護入院年月日を記載すること。
- 選択肢の欄は、それぞれ該当する算用数字、ローマ数字等を○で囲むこと。

## 医療保護入院者の定期病状報告書

殿

令和7年11月19日

病院名 メディカル医院

所在所 東京都千代田区〇〇-△△

管理者名 医師 太郎

医療保護入院者	フリガナ	タナカ イチロウ		生年月日	昭和45年05月05日 (満 55 歳)	
	氏名	田中 一郎 (男)				
	住所	千葉県千葉市中央区				
医療保護入院年月日 (第33条第1項・第2項 による入院)				今回の入院年月日		
					入院形態	
前回の定期報告年月日						
病名	1 主たる精神障害	2 従たる精神障害	3 身体合併症			
	ICDカテゴリー( )	ICDカテゴリー( )				
生活歴及び現病歴  (推定発病年月、精神科 受診歴等を記載すること。)	(陳述者氏名 続柄 )					
初回入院期間	(入院形態 ) ~					
前回入院期間	(入院形態 ) ~					
初回から前回までの 入院回数	計 回					
過去12か月間の外泊の 実績	1 不定期的 2 定期的 ( i 月単位 ii 数か月単位 iii 盆や正月 ) 3 なし					
過去12か月間の治療の 内容と、その結果及び通院 又は任意入院に変更でき なかった理由						
症状の経過	1 悪化傾向 2 動揺傾向 3 不変 4 改善傾向					
今後の治療方針 (患者本 人の秒職や治療への意欲 を得るための取り組みにつ いて)						

退院に向けた取組の状況 (選任された退院後生活環境相談員との相談状況、地域援助事業者の紹介状況、医療保護入院者退院支援委員会で決定した推定される入院期間等について)	<u>選任された退院後生活環境相談員</u>
<現在の精神症状>  <その他の重要な症状>  <問題行動等>  <現在の状態像>	I 意識 1 意識混濁 2 せん妄 3 もうろう 4 その他 ( ) II 知能 (軽度障害、中度障害度、重度障害) III 記憶 1 記銘障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他 ( ) IV 知覚 1 幻聴 2 幻視 3 その他 ( ) V 思考 1 妄想 2 思考途脱 3 連合弛緩 4 滅裂思考 5 思考奔逸 6 思考制止 7 強迫観念 8 その他 ( ) VI 感情・情動 1 感情平板化 2 抑うつ気分 3 高揚気分 4 感情失禁 5 焦燥・激越 6 易怒性・被刺激性亢進 7 その他 ( ) VII 意欲 1 衝動行為 2 行為心迫 3 興奮 4 昏迷 5 精神運動制止 6 無為・無関心 7 その他 ( ) VIII 自我意識 1 離人感 2 させられ体験 3 解離 4 その他 ( ) IX 食行動 1 拒食 2 過食 3 異食 4 その他 ( ) 1 てんかん発作 2 自殺念慮 3 物質依存 ( ) 4 その他 ( ) 1 暴言 2 徘徊 3 不潔行為 4 その他 ( ) 1 幻覚妄想状態 2 精神運動興奮状態 3 昏迷状態 4 統合失調症等残遺状態 5 抑うつ状態 6 躁状態 7 せん妄状態 8 もうろう状態 9 認知症状態 10 その他 ( )
本報告に係る診察年月日	
診断した精神保健指定医氏名	署名

審査会意見	
都道府県の措置	

措置入院に関する診断書

申請等の形式	i 親族又は一般人申請（第22条）      ii 警察官通報（第23条） iii 検察官通報（第24条）                  iv 保護観察所長通報（第25条） v 矯正施設長通報                              vi 精神科病院管理者届出（第26条の2） vii 医療観察法対象者 [指定通院医療機関管理者通報、保護観察所長通報]（第26条の3） viii 都道府県知事・指定都市市長職務診察（第27条第2項）		
申請等の添付資料	i あり    ii なし		
被診察者 (精神障害者)	フリガナ	タナカ イチロウ	
	氏名	田中 一郎 (男)	生年月日 昭和45年05月05日 生 (満 55 歳)
	住所	千葉県千葉市中央区	
職業			
病名	1 主たる精神障害	2 従たる精神障害	3 身体合併症
	ICDカテゴリー ( )	ICDカテゴリー ( )	
生活歴及び現病歴 (推定発病年月、精神科受診歴等を記載すること。)	(陳述者氏名 続柄 )		
初回入院期間	~ (入院形態 )		
前回入院期間	~ (入院形態 )		
初回から前回までの入院回数	計 回		
重大な問題行動 (Aはこれまでの、Bは今後おそれある問題行動)	現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像 (該当のローマ数字及び算用数字を○で囲むこと。)		
1 殺人	A B	<現在の精神症状>	
2 放火	A B	I 意識	
3 強盗	A B	1 意識混濁 2 せん妄 3 もうろう 4 その他 ( )	
4 不同意性交等	A B	II 知能 (軽度障害、中等度障害、重度障害)	
5 不同意わいせつ	A B	III 記憶	
6 傷害	A B	1 記銘障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他 ( )	
7 暴行	A B	IV 知覚	
8 恐喝	A B	1 幻聴 2 幻視 3 その他 ( )	
9 脅迫	A B	V 思考	
10 窃盗	A B	1 妄想 2 思考途脱 3 連合弛緩 4 滅裂思考 5 思考奔逸	
11 器物損壊	A B	6 思考制止 7 強迫観念 8 その他 ( )	
12 弄火又は失火	A B	VI 感情・情動	
13 家宅侵入	A B	1 感情平板化 2 抑うつ気分 3 高揚気分 4 感情失禁	
14 詐欺等の経済的な問題行動	A B	5 焦燥・激越 6 易怒性・被刺激性亢進 7 その他 ( )	
15 自殺企図	A B	VII 意欲	
16 自傷	A B	1 衝動行為 2 行為心迫 3 興奮 4 昏迷 5 精神運動制止	
17 その他 ( )	A B	6 無為・無関心 7 その他 ( )	
	A B	VIII 自我意識	
	A B	1 離人感 2 させられ体験 3 解離 4 その他 ( )	

	IX 食行動 1 拒食 2 過食 3 異食 4 その他 ( )
	<その他の重症な症状> 1 てんかん発作 2 自殺念慮 3 物質依存 ( ) 4 その他 ( )
	<問題行動等> 1 暴言 2 徘徊 3 不潔行為 4 その他 ( )
	<現在の状態像> 1 幻覚妄想状態 2 精神運動興奮状態 3 昏迷状態 4 統合失調症等残遺状態 5 抑うつ状態 6 躁状態 7 せん妄状態 8 もろろ状態 9 認知症状態 10 その他 ( )
診察時の特記事項	
医学的総合判断	I 要措置 II 措置不要
以下のように診断する。	令和7年11月19日
精神保健指定医氏名	署名

(行政庁における記載欄)	
診察に立会った者 (親権者、配偶者等)	氏名 (男・女) 続柄又は職業 年齢 歳
診察場所	
診察日時	診察日 開始時間〇〇:〇〇 ~ 終了時間〇〇:〇〇
職員氏名	
行政庁の措置	
行政庁メモ	

## 措置入院者の症状消退届

令和7年11月19日

知事 殿

病院名 メディカル医院  
所在地 東京都千代田区〇〇-△△  
管理者名 医師 太郎

下記の措置入院者について措置症状が消退したと認められるので、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条の5の規定により届け出ます。

措置入院者	フリガナ	タナカ イチロウ		生 年 月 日	昭和45年05月05日生 (満 55 歳)
	氏名	田中 一郎 (男)			
	住所	千葉県千葉市中央区			
措置年月日					
病 名	1 主たる精神障害	2 従たる精神障害	3 身体合併症		
	ICDカテゴリー( )		ICDカテゴリー( )		
入院以降の病状又は状態像の経過	措置症状消退と関連して記載すること。				
措置症状の消退を認めた精神保健指定医氏名	署名				
措置解除後の処置に関する意見	1 入院継続 (任意入院・医療保護入院・他科) 4 死亡 5 その他 ( )		2 通院医療	3 転医	
退院後の帰住先	1 自宅 ( i 家族と同居、 ii 単身 ) 3 その他 ( )		2 施設		
帰住先の住所					
訪問支援等に関する意見					
障害福祉サービス等の活用に関する意見					
主治医氏名	テスト 医師				

## 記載上の留意事項

- 1 内は、精神保健指定医の診察に基づいて記載すること。
- 2 措置症状の消退を認めた精神保健指定医氏名の欄は、精神保健指定医自身が署名すること。
- 3 選択肢の欄は、それぞれ該当する算用数字、ローマ数字等を○で囲むこと。

(様式23)

## 措置入院者の定期病状報告書

令和7年11月19日

知事 殿

病 院 名 メディカル医院

所 在 地 東京都千代田区〇〇-△△

管理者名 医師 太郎

下記の措置入院者について、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第38条の2第1項の規定により報告します

措置入院者	フリガナ	タナカ イチロウ		生年月日	昭和45年05月05日 生 (満 55 歳)
	氏名	田中 一郎 (男)			
	住所	千葉県千葉市中央区			
措置年月日				今回の入院年月日	
				入院形態	
前回の定期報告年月日					
病名	1 主たる精神障害	2 従たる精神障害		3 身体合併症	
	ICDカテゴリー ( )	ICDカテゴリー ( )			
過去6か月間(措置入院後3か月の場合は3か月間)の仮退院実績	計	回	延日数	回	
過去6か月間(措置入院後3か月の場合は過去3か月間)の治療の内容とその結果 (問題行動を中心として記載すること。)					
今後の治療方針(再発防止への対応含む)					
処遇、看護及び指導の現状	隔離	i 多用 ii 時々 iii ほとんど不要			
	注意必要度	i 常に厳重な注意 ii 随時一応の注意 iii ほとんど不要			
	日常生活の 介助指導 必要性	i 極めて手間のかかる介助 ii 比較的簡単な介助と指導 iii 生活指導を要する iv その他 ( )			
退院に向けた取組の状況 (選任された退院後生活環境相談員との相談状況、地域援助事業者の紹介状況等について)	選任された退院後生活環境相談員 ( ) 地域援助事業者の紹介について本人や家族等からの求め又は必要性の有無 (あり・なし) 上記で「あり」の場合の紹介状況 ( )				

重大な問題行動（Aはこれまでの、Bは今後起こるおそれのある行動）		現在の精神症状、その他の重要な症状、問題行動等、現在の状態像（該当のローマ数字及び算用数字を○で囲むこと。）	
1 殺人	A	B	<現在の精神状態> I 意識 1 意識混在 2 せん妄 3 もろろ 4 その他（ ） II 知能（軽度障害、中等度障害、重度障害） III 記憶 1 記銘障害 2 見当識障害 3 健忘 4 その他（ ） IV 知覚 1 幻聴 2 幻視 3 その他（ ） V 思考 1 妄想 2 思考途絶 3 連合弛緩 4 滅裂思考 5 思考 6 思考制止 7 強迫観念 8 その他（ ） VI 感情・情動 1 感情平板化 2 抑うつ気分 3 高揚気分 4 感情失禁 5 焦燥・激越 6 易怒性・被刺激性亢進 7 その他（ ） VII 意欲 1 衝動行為 2 行為心拍 3 興奮 4 昏迷 5 精神運動制止 6 無為・無関心 7 その他（ ） VIII 自我意識 1 離人感 2 させられ体験 3 解離 4 その他（ ） IX 食行動 1 拒食 2 過食 3 異食 4 その他（ ） <その他の重要な症状> 1 てんかん発作 2 自殺念慮 3 物質依存（ ） 4 その他（ ） <問題行動等> 1 暴言 2 徘徊 3 不潔行為 4 その他（ ） <現在の状態像> 1 幻覚妄想状態 2 精神運動興奮状態 3 昏迷状態 4 統合失調症等残遺状態 5 抗うつ状態 6 躁状態 7 せん妄状態 8 もろろ状態 9 認知症状状態 10 その他（ ）
2 放火	A	B	
3 強盗	A	B	
4 不同意性交等	A	B	
5 不同意わいせつ	A	B	
6 傷害	A	B	
7 暴行	A	B	
8 恐喝	A	B	
9 脅迫	A	B	
10 窃盗	A	B	
11 器物損壊	A	B	
12 弄火又は失火	A	B	
13 家宅侵入	A	B	
14 詐欺等の経済的な問題行動	A	B	
15 自殺企図	A	B	
16 自傷	A	B	
17 その他（ ）	A	B	

診察時の特記事項	
----------	--

本報告に係る診察年月日	
-------------	--

診察した精神保健指定医氏名	署名
---------------	----

審査会意見	
-------	--

都道府県の措置	
---------	--

## 精神疾患入院要否意見書

作成日 令和7年11月19日

タナカ イチロウ 田中 一郎	昭和45年05月05日 男	千葉県千葉市中央区	
		※※患者の職業	※※発病
		現在の入院形態	
		当院入院年月日	(入院形態)
病名	1. 主な精神障害	2. 合併精神障害	3. 合併身体障害
※※生活歴および現病歴(精神科または神経科受診歴等を含め記入してください)		初回入院期間 前回入院期間 初回から前回までの入院回数 計 回	~ ~
		過去6ヶ月間の 外泊の実績	I 1回 II 2回 III 3回以上 IV なし
		過去6ヶ月間の病 状または状態像 の変化の概要	I 悪化傾向 II 動揺傾向 III 不変 IV 改善傾向 特記事項( )
(陳述者氏名 続柄 )		現在の外出 許可の状況	I 外出禁止 II 院内外出許可 ( 1 単独 2 他の患者同伴 3 看護者、家族等同伴) III 院外外出許可 ( 1 単独 2 他の患者同伴 3 看護者、家族等同伴)
現在の 病状 又は 状態 像	I 抑うつ状態 II 躁状態 III 幻覚妄想状態 IV 精神運動興奮状態 V 昏迷状態 VI 意識障害 VII 知能障害 VIII 人格の病的状態 IX その他	1. 抑うつ気分 2. 内的不穏 3. 焦燥・激越 4. 精神運動制止 5. 罪責感 6. 自殺念慮 7. 睡眠障害 8. 食欲障害又は体重減少 9. その他( ) 1. 高揚気分 2. 多弁・多動 3. 行為心迫 4. 思考奔逸 5. 易怒性・被刺激性亢進 6. 誇大性 7. その他( ) 1. 幻覚 2. 妄想 3. させられ体験 4. 思考形式の障害 5. 奇異な行為 6. その他( ) 1. 減裂思考 2. 硬い表情・姿勢 3. 興奮状態 4. その他( ) 1. 無言 2. 無動・無反応 3. 拒絶・拒食 4. その他( ) 1. 意識混濁 2. (夜間)せん妄 3. もうろう 4. その他( ) A. 精神遅滞 1. 軽度 2. 中程度 3. 重度 B. 認知症 1. 全体的 2. まだら(島状) 3. 仮性 4. その他( ) A. 人格障害 1. 妄想性 2. 衝動性 3. 演技性 4. 回避性 5. その他( ) B. 残遺性人格変化 1. 欠陥状態 2. 無関心 3. 無為 4. その他( ) A. 性心理的障害 1. フェティシズム 2. サド・マゾヒズム 3. 小児愛 4. その他( ) B. 薬物依存 1. 覚せい剤 2. 有機溶剤 3. 睡眠薬 4. その他( ) C. アルコール症 D. その他( )	作業療法 有 ( 院内・院外 ) ・ 無 )
入院外 医療が 困難な 理由	I 医療上の問題 II その他の問題	1. 問題行動( ) 2. 症状不安定 3. 身体的合併症管理 4. 服薬管理 5. その他( ) 1. 家族の受入が困難 2. 日常生活に指導を要する 3. 住居確保が困難 4. その他( )	医学的 総合判定 判定 1. 要入院医療 見込期間( ) 2. 要入院外医療 ( ) 3. 医療不要 概算 医療費 今回診療費以降1ヶ月間 ( ) 円) 2ヶ月目以降6ヶ月まで ( ) 円)
上記のとおり診療を ( )ものと認めます 令和7年11月19日 鹿児島市谷山福祉事務所長 様 指定医療機関 東京都千代田区〇〇-△△ メディカル医院 03-1234-5678 医師氏名 テスト 医師			

決裁権	所長	次長	指導員	係	月 日

【裏面につづく】

## 精神疾患入院要否意見書

※1. 新規 (1)現在入院中 (2)その他 2. 継続

※患者氏名 田中 一郎		※生年月日 昭和45年05月05日	
※居住地 千葉県千葉市中央区			
※※患者の職業		※※発病年月日	
現在の入院形態		当院現入院年月日 入院形態	
病名	1 主たる精神障害	2 従たる精神障害	3 身体的合併症
※※生活歴及び現病歴			
過去6ヶ月間の病状又は状態像の概要 特記事項			
I 悪化傾向 II 動揺傾向 III 不変 IV 改善傾向			
医療機関名	入院・外来期間	入院・外来	病名
※治療歴			
※ 福祉事務所記入欄 前回承認期間 年 月 日 ~ 年 月 日 承認要件、承認方法		※ 福祉事務所記入欄	
本庁の技術吏員の意見			

- (注)
1. 医療機関では太線の枠内を記入してください。
  2. ※印の欄は福祉事務所が記入します。

令和7年11月19日 発行

判定記号	承認	自 . . .

[表面も記入してください]

現 在 の 外 出 許 可 の 状 況	I 外出禁止	過去6か月の間外泊実績	
	II 院内外出許可 (1.単独 2.他の患者同伴 3.看護師、家族同伴)	I 1回	III 3回以上
	III 院外外出許可 (1.単独 2.他の患者同伴 3.看護師、家族同伴)	II 2回	IV なし
現 在 の 病 状 又 は 状 態 像	1 現在の状態像 (次の内から該当する項目を○で囲んでください)		2 左記状態についてその程度・症状を具体的に
	(1) 抑うつ状態 1. 思考・運動抑制 2. 刺激性・興奮 3. 憂うつ気分 4. その他( )		3 身体所見
	(2) そう状態 1. 行為心拍 2. 多弁 3. 感情高揚・刺激性 4. その他( )		
	(3) 幻覚妄想状態 1. 幻覚 2. 妄想 3. その他( )		
	(4) 精神運動興奮及び昏迷の状態 1. 滅裂 2. 硬い表情 3. 興奮 4. その他( )		4 生活能力の状態(保護的状況ではなく、 例えばアパート等単身生活を行った 場合を想定してください。)
	(5) 意識障害 1. せん妄 2. 錯乱 3. もうろう 4. てんかん発作 5. 不機嫌 6. その他( )		
	(6) 知能障害《精神遅滞・認知症》 1. 重度 2. 中程度 3. 軽度		
	(7) 統合失調症等残遺状態 1. 自閉 2. 感情鈍麻 3. 意欲の減退 4. その他( )		
	(8) 乱用、依存等( ) 1. 乱用 2. 依存 3. 離脱状態		
(9) その他( )			
入 院 外 医 療 が 困 難	医療上の問題 1 問題行動( ) 2 病状不安定 3 身体的合併症管理 4 服薬管理 5 その他( )		
	その他の問題 1 家族の受け入れが困難 2 日常生活に指導を要する 3 住居確保が困難 4 その他( )		
医 学 的 総 合 判 定	1 要入院医療 (見込期間 月 )	概算医療費 (今後1ヶ月)	
	2 要入院外医療 (見込期間 月 )		
	3 医療不要	円	
上記のとおり入院を ( I 要する II 要しない ) ものと認めます。 令和7年11月19日			
垂水市福祉事務所長 様			
医療機関の所在地及び名称 東京都千代田区〇〇-△△			
院 (所) 長 医師 太郎			
(担 当 医 師) テスト 医師 印			
福祉事務所の処遇方針		※退院時 引取りの可否	生活歴等

精神疾患入院要否意見書 新規・継続

所長	課長	補佐	第1係長	第2係長

※交付番号	地区担当者	取扱担当者	※受理年月日	
判				現在の病状  又は状態像
※ケース番号	※患者氏名	※生年月日	昭和45年05月05日 生 (満 55 歳)	
※居住地		千葉県千葉市中央区		
※患者の職業		発病年月日		
現在の入院形態		当院入院年月日 (入院形態)	( )	
病名	1. 主な精神障害	2. その他	3. 身体合併症	
※※生活歴及び現病歴	(陳述者氏名 続柄 )			
精神科又は神経科受診歴等を含め記載すること。				
初回入院期間 前回入院期間 初回から前回までの入院回数	計	回	~	
過去6ヶ月間の病状または状態像の変化の概要	I. 悪化傾向 特記事項 II. 動揺傾向 III. 不変 IV. 改善傾向			
過去6ヶ月間の外泊の実績	I. 1回 II. 2回 III. 3回以上 IV. なし			
現在の外出許可の状況	I. 外出禁止 II. 院内外出許可 ( 1. 単独 2. 他の患者同伴 3. 看護者、家族等同伴 ) III. 院外外出許可 ( 1. 単独 2. 他の患者同伴 3. 看護者、家族等同伴 )			
入院外医療が困難な理由			I. 医療上の問題 1. 問題行動 ( ) 2. 症状不安定 3. 身体的合併症管理 4. 服薬管理 5. その他 ( ) II. その他の問題 1. 家族の受け入れが困難 2. 日常生活に指導を要する 3. 住居確保が困難 4. その他 ( )	
医学的総合判定			概算医療費	
判定			見込期間	
1. 要入院医療 ( )			1. 今回受診日以降 1ヶ月間	
2. 要入院外医療 ( )			2. 第2ヶ月目以降 6ヶ月目まで	
3. 医療不要			円 円	
上記のとおり診療を ( 1. 要する 2. 要しない ) ものと認めます。 鹿屋市福祉事務所長 あて 東京都千代田区〇〇-△△ 指定医療機関の所在地及び名称 メディカル医院 院(所)長 (担当医師) テスト 医師 ㊞				
※委託委の意見				
※本庁技術吏員の意見				
※審議会の判定				

- (注意)
- ※印の欄は記入しないでください。
  - ※※印の欄は欄外に継続入院となっている場合は記入の必要がありません。
  - この意見書の具体的記入要領及びこの患者が精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条の措置入院の要件に該当すると認められた場合の取扱い、おたずねください。
  - 概算医療費については、診療開始後6ヶ月に限り、「概算医療費」欄の「1. 今回診療以降1ヶ月間」にこの意見書による診療以降1ヶ月間に要する医療費概算額を「2. 第2ヶ月目以降6ヶ月目まで」に、1ヶ月月を超えて診療を必要と認めるものについて、第2ヶ月目以降6ヶ月目までに要する医療費概算額を記入してください。

※社会保険 (政・船・共・組)	※承認期間	年 月 日 から
※他法負担		年 月 日 まで
※本人支払額 有・無		

精神疾患入院要否意見書		判
院(所)長 様 鹿児島県大隅地域振興局長 (地域保健福祉課扱い)		
※発行年月日	年 月 日	下記患者の 年 月 日 以降の
※受理年月日	年 月 日	入院可否について意見を求めます。

ケース番号	社 保 負 担		有 無		他 法 負 担		有 無	
保護決定伺 下記の者の傷病について 医療扶助を決定し、医療券 を発行してほしいか。	決済区分	決済	決 済 回 議		起案			
					決済			
担当医	承認期間		から		まで			

※1.新規  
(1) 現在入院中  
(2) その他  
2.継続入院  
(1) 単給  
(2) 併給

※患者氏名	田中 一郎 (男)		※生年月日	昭和45年05月05日生 (満 55 歳)	
※居住地	千葉県千葉市中央区				
※患者の職業			※※発病年月日		
現在の入院形態			当院入院年月日 (入院形態)	( )	
病 名	1. 主たる精神障害	2. 従たる精神障害	3. 身体合併症		
※※ 生活歴及び現病歴	精神科または神経科 受診歴等を含め記載す ること。  (陳述者氏名 続柄 )				
初回入院期間	～				
前回入院期間	～				
初回から前回 までの入院回数	計 回				
過去6ヶ月間の 病状または状態像 の変化の概要	I. 悪化傾向 II. 動揺傾向 III. 不変 IV. 改善傾向 特記事項				
過去6ヶ月間の 外泊の実績	I. 1 回 II. 2 回 III. 3 回以上 IV. なし				
現在の外出 許可の状況	I. 外出禁止 II. 院内外出許可 (1 単独 2 他の患者同伴 3 看護者、家族等同伴) III. 院外外出許可 (1 単独 2 他の患者同伴 3 看護者、家族等同伴)				

現在の病状 又は状態像	I. 抑うつ状態 1. 抑うつ気分 2. 内的不穏 3. 焦燥・激越 4. 精神的抑止 5. 非責感 6. 自殺念慮 7. 睡眠障害 8. 食欲障害又は体重減少 9. その他( )
	II. 躁状態 1. 高揚気分 2. 多弁・多動 3. 行為心迫 4. 思考奔逸 5. 易怒性・被刺激性亢進 6. 誇大性 7. その他( )
入院外医療が 困難な理由	III. 幻覚妄想状態 1. 幻覚 2. 妄想 3. させられ体験 4. 思考形式の障害 5. 奇異な行為 6. その他( )
	IV. 精神運動興奮状態 1. 減裂思考 2. 硬い表情・姿勢 3. 興奮状態 4. その他( )
医学的総合判定	V. 昏迷状態 1. 無言 2. 無動・無反応 3. 拒絶・拒食 4. その他( )
	VI. 意識障害 1. 意識混濁 2. (夜間)せん妄 3. もうろう 4. その他( )
概算医療費	VII. 知能障害 A. 精神遅滞 1. 軽度 2. 中等度 3. 重度 B. 認知症 1. 全体的 2. まだら(島状) 3. 仮性 4. その他( )
	VIII. 人格の病的状態 A. 人格障害 1. 妄想性 2. 衝動性 3. 演技性 4. 回避性 5. その他( ) B. 残遺性人格変化 1. 欠陥状態 2. 無関心 3. 無為 4. その他( )
判定	IX. その他 内容 A. 性心理的障害 1. フェティシズム 2. サド・マソヒズム 3. 小児愛 4. その他( ) B. 薬物依存 1. 覚醒剤 2. 有機溶剤 3. 睡眠薬 4. その他( ) C. アルコール症 D. その他( )
	I. 医療上の問題 1. 問題行動( ) 2. 症状不安定 3. 身体的合併症管理 4. 服薬管理 5. その他( )
見込み期間	II. その他の問題 1. 家族の受入が困難 2. 日常生活に指導を要する 3. 住居確保が困難 4. その他( )
	1. 要入院医療 ( ) 2. 要入院外医療 ( ) 3. 医療不要

※発行取扱者

判定	見込み期間	1. 今回受診日以降 1ヶ月間	2. 第2ヶ月目以降 6ヶ月目まで
1. 要入院医療 ( )		円	円
2. 要入院外医療 ( )			
3. 医療不要			
上記の通り診察を (1. 要する 2. 要しない) ものと認めます。			
鹿児島県大隅地域振興局長 (地域保健福祉課扱い) 様 東京都千代田区〇〇-△△ 指定医療機関の所在地及び名称 院(所)長 (担当医師) 医師 太郎 テスト 医師 ㊦			
※福祉事務所委託委の意見		※本庁技術吏員の意見	
		※審議会の判定	

(注意) 1. ※の欄は 支 庁 地域振興局 が記入します。  
2. ※※の欄は欄外に継続入院となっている場合は記入の必要がありません。  
3. この意見書の具体的記入要領及びこの患者が精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条の措置入院の要件に該当すると認められた場合の取扱い、裏面によってください。  
4. 概算医療費については診療開始後6ヶ月に限り、「概算医療費」欄の「1. 今回診療以降1ヶ月間」にこの意見書による診療以降1ヶ月間に要する医療費概算額を「2. 第2ヶ月目以降6ヶ月目まで」に、1ヶ月を超えて診療を必要と認めるものについて、第2ヶ月目以降6ヶ月目までに要する医療費概算額を記入してください。

㊦

<b>精神疾患入院要否意見書</b> 院(所)長 様 志布志市福祉事務所長		判
※発行年月日 年 月 日 ※受理年月日 年 月 日	下記患者の 年 月 日 以降の 入院可否について意見を求めます。	

ケース番号	社 保 負 担	有 無	他 法 負 担	有 無
保護決定伺 下記の者の傷病について 医療扶助を決定し、医療券 を発行してほしいか。	決済区分 決済	決済回議	起案	
	承認期間	から まで		
担当医	㊦			

※1.新規  
 (1) 現在入院中  
 (2) その他  
 2.継続入院  
 (1) 単給  
 (2) 併給

※患者氏名	田中 一郎 (男)	※生年月日	昭和45年05月05日 生 (満 55 歳)
※居住地	千葉県千葉市中央区		
※患者の職業		※※発病年月日	
現在の入院形態	当院入院年月日 (入院形態) ( )		
病 名	1. 主たる精神障害	2. 従たる精神障害	3. 身体合併症
※※ 生活歴及び現病歴	精神科または神経科 受診歴等を含め記載す ること。  (陳述者氏名 続柄 )		
初回入院期間	～	前回入院期間	～
初回から前回 までの入院回数	計 回		
過去6ヶ月間の 病状または状態像 の変化の概要	I. 悪化傾向 II. 動揺傾向 III. 不変 IV. 改善傾向 特記事項		
過去6ヶ月間の 外泊の実績	I. 1 回 II. 2 回 III. 3 回以上 IV. なし		
現在の外出 許可の状況	I. 外出禁止 II. 院内外出許可 (1 単独 2 他の患者同伴 3 看護者、家族等同伴) III. 院外外出許可 (1 単独 2 他の患者同伴 3 看護者、家族等同伴)		

現在の病状  又は状態像	I. 抑うつ状態 1. 抑うつ気分 2. 内的不穏 3. 焦燥・激越 4. 精神的抑止 5. 非責感 6. 自殺念慮 7. 睡眠障害 8. 食欲障害又は体重減少 9. その他( )
	II. 躁状態 1. 高揚気分 2. 多弁・多動 3. 行為心迫 4. 思考奔逸 5. 易怒性・被刺激性亢進 6. 誇大性 7. その他( )
III. 幻覚妄想状態 1. 幻覚 2. 妄想 3. させられ体験 4. 思考形式の障害 5. 奇異な行為 6. その他( )	
IV. 精神運動興奮状態 1. 減裂思考 2. 硬い表情・姿勢 3. 興奮状態 4. その他( )	
V. 昏迷状態 1. 無言 2. 無動・無反応 3. 拒絶・拒食 4. その他( )	
VI. 意識障害 1. 意識混濁 2. (夜間)せん妄 3. もうろう 4. その他( )	
VII. 知能障害 A. 精神遅滞 1. 軽度 2. 中等度 3. 重度 B. 認知症 1. 全体的 2. まだら(島状) 3. 仮性 4. その他( )	
VIII. 人格の病的状態 A. 人格障害 1. 妄想性 2. 衝動性 3. 演技性 4. 回避性 5. その他( ) B. 残遺性人格変化 1. 欠陥状態 2. 無関心 3. 無為 4. その他( )	
IX. その他 内容 A. 性心理的障害 1. フェティシズム 2. サド・マソヒズム 3. 小児愛 4. その他( ) B. 薬物依存 1. 覚醒剤 2. 有機溶剤 3. 睡眠薬 4. その他( ) C. アルコール症 D. その他( )	
入院外医療が  困難な理由	I. 医療上の問題 1. 問題行動( ) 2. 病状不安定 3. 身体的合併症管理 4. 服薬管理 5. その他( ) II. その他の問題 1. 家族の受入が困難 2. 日常生活に指導を要する 3. 住居確保が困難 4. その他( )

※発行取扱者

医 学 的 総 合 判 定		概 算 医 療 費	
判定 1. 要入院医療 ..... ( ) 2. 要入院外医療 ..... ( ) 3. 医療不要	見込み期間 ( )	1. 今回受診日以降 1ヶ月間	2. 第2ヶ月目以降 6ヶ月目まで
		円	円
上記の通り診察を (1. 要する 2. 要しない) ものと認めます。			
志布志市福祉事務所長 様 指定医療機関の所在地及び名称 院(所)長 (担当医師) 医師 太郎			
※福祉事務所委託委の意見		※本庁技術吏員の意見 テスト 医師 ㊦	
東京千代田区〇〇-△△ メディカル医院			

(注意) 1. ※の欄は 支 店 地域振興局 記入します。  
 2. ※※の欄は欄外に継続入院となっている場合は記入の必要がありません。  
 3. この意見書の具体的記入要領及びこの患者が精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条の措置入院の要件に該当すると認められた場合の取扱いは、裏面によってください。  
 4. 概算医療費については診療開始後6ヶ月に限り、「概算医療費」欄の「1. 今回診療以降1ヶ月間」にこの意見書による診療以降1ヶ月間に要する医療費概算額を「2. 第2ヶ月目以降6ヶ月目まで」に、1ヶ月月を超えて診療を必要と認めるものについて、第2ヶ月目以降6ヶ月目までに要する医療費概算額を記入してください。

㊦

## 精神疾患入院要否意見書

作成日 令和7年11月19日

入  
力

## 1. 新規 2. 継続

ケースNO	員番	入院	後保	併給	適用開始	担当	地区
※患者氏名 田中 一郎		昭和45年05月05日生 男	※患者住所 千葉県千葉市中央区			社会保険	他法
※指定医療機関名 院(所)長様				※※患者の職業		※※発病	
上記にかかる 以降の医療の要否 について意見を求めます 薩摩川内市福祉事務所長				現在の入院形態 当院入院年月日 (入院形態)			
病名	1. 主な精神障害		2. 合併精神障害		3. 合併身体障害		
※※生活歴および現病歴(精神科または神経科受診歴等を含め記入してください)				初回入院期間 ~ 前回入院期間 ~ 初回から前回までの入院回数 計 回			
				過去6ヶ月間の 外泊の実績	I 1回 II 2回 III 3回以上 IV なし		
				過去6ヶ月間の病 状または状態像 の変化の概要	I 悪化傾向 II 動揺傾向 III 不変 IV 改善傾向 特記事項( )		
(陳述者氏名 続柄 )				現在の外出 許可の状況	I 外出禁止 II 院内外出許可 ( 1 単独 2 他の患者同伴 3 看護者、家族等同伴) III 院外外出許可 ( 1 単独 2 他の患者同伴 3 看護者、家族等同伴)		
現在の 病状 又は 状態 像	I 抑うつ状態	1. 抑うつ気分 2. 内的不穏 3. 焦燥・激越 4. 精神運動制止 5. 罪責感 6. 自殺念慮 7. 睡眠障害 8. 食欲障害又は体重減少 9. その他( )					
	II 躁状態	1. 高揚気分 2. 多弁・多動 3. 行為心迫 4. 思考奔逸 5. 易怒性・被刺激性亢進 6. 誇大性 7. その他( )					
	III 幻覚妄想状態	1. 幻覚 2. 妄想 3. させられ体験 4. 思考形式の障害 5. 奇異な行為 6. その他( )					
	IV 精神運動興奮状態	1. 減裂思考 2. 硬い表情・姿勢 3. 興奮状態 4. その他( )					
	V 昏迷状態	1. 無言 2. 無動・無反応 3. 拒絶・拒食 4. その他( )					
	VI 意識障害	1. 意識混濁 2. (夜間)せん妄 3. もうろう 4. その他( )					
	VII 知能障害	A. 精神遅滞 1. 軽度 2. 中程度 3. 重度 B. 認知症 1. 全体的 2. まだら(島状) 3. 仮性 4. その他( )					
	VIII 人格の病的状態	A. 人格障害 1. 妄想性 2. 衝動性 3. 演技性 4. 回避性 5. その他( ) B. 残遺性人格変化 1. 欠陥状態 2. 無関心 3. 無為 4. その他( )					
	IX その他	A. 性心理的障害 1. フェティシズム 2. サド・マゾヒズム 3. 小児愛 4. その他( ) B. 薬物依存 1. 覚せい剤 2. 有機溶剤 3. 睡眠薬 4. その他( ) C. アルコール症 D. その他( 作業療法 有 ( 院内・院外 ) ・ 無 )					
入院外 医療が 困難な 理由	I 医療上の問題	1. 問題行動( ) 2. 症状不安定 3. 身体的合併症管理 4. 服薬管理 5. その他( )			医学的 総合判定	判定 1. 要入院医療 見込期間( ) 2. 要入院外医療 ( ) 3. 医療不要	
	II その他の問題	1. 家族の受入が困難 2. 日常生活に指導を要する 3. 住居確保が困難 4. その他( )			概算 医療費	今回診療費以降1ヶ月間 ( 円) 2ヶ月目以降6ヶ月まで ( 円)	
上記のとおり診療を ( )ものと認めます 令和7年11月19日 薩摩川内市福祉事務所長 様 指定医療機関 東京都千代田区〇〇-△△ メディカル医院 03-1234-5678 医師氏名 テスト 医師							

精神疾患入院要否意見書 新規・継続

所長	課長	担当	給付	*****

※交付番号	地区担当者御書	取扱担当者	地区担当員	受理年月日	年 月 日
※指定医療機関名 からの要否について意見を求めます。 長様 伊佐市福祉事務所長					
※ケース番号	田中 一郎	※生年月日	昭和45年05月05日 生 (満 55 歳)		
※患者氏名					
※居住地	千葉県千葉市中央区				
※※患者の職業		※※発病年月日			
現在の入院形態	( )				
病 名	1. 主な精神障害	2. 従たる精神障害	3. 身体合併症		
※※生活歴及び現病歴	精神科または神経科受診歴等含め記載すること。				
初回入院期間	～				
前回入院期間	～				
初回から前回までの入院回数	計 回				
過去6ヶ月間の病状または状態像の変化の概要	I. 悪化傾向 II. 動揺傾向 III. 不変 IV. 改善傾向 特記事項				
過去6ヶ月間の外泊の実績	I. 1 回 II. 2 回 III. 3 回以上 IV. なし				
現在の外出許可の状況	I. 外出禁止 II. 院内外出許可 (1. 単独 2. 他の患者同伴 3. 看護者、家族等同伴) III. 院外外出許可 (1. 単独 2. 他の患者同伴 3. 看護者、家族等同伴)				

現在の病状 又は状態像	I. 抑うつ状態 1. 抑うつ気分 2. 内的不穏 3. 焦燥・激越 4. 精神的抑止 5. 非責感 6. 自殺念慮 7. 睡眠障害 8. 食欲障害又は体重減少 9. その他( )						
	II. 躁状態 1. 高揚気分 2. 多弁・多動 3. 行為心迫 4. 思考奔逸 5. 易怒性・被刺激性亢進 6. 誇大性 7. その他( )						
入院外医療が 困難な理由	III. 幻覚妄想状態 1. 幻覚 2. 妄想 3. させられ体験 4. 思考形式の障害 5. 奇異な行為 6. その他( )						
	IV. 精神運動興奮状態 1. 減裂思考 2. 硬い表情・姿勢 3. 興奮状態 4. その他( )						
医学的総合判定	V. 昏迷状態 1. 無言 2. 無動・無反応 3. 拒絶・拒食 4. その他( )						
	VI. 意識障害 1. 意識混濁 2. (夜間)せん妄 3. もうろう 4. その他( )						
概算医療費	VII. 知能障害 A. 精神遅滞 1. 軽度 2. 中等度 3. 重度 B. 認知症 1. 全体的 2. まだら(島状) 3. 仮性 4. その他( )						
	VIII. 人格の病的状態 A. 人格障害 1. 妄想性 2. 衝動性 3. 演技性 4. 回避性 5. その他( ) B. 残遺性人格変化 1. 欠陥状態 2. 無関心 3. 無為 4. その他( )						
見込み期間	IX. その他 内容 A. 性心理的障害 1. フェティシズム 2. サド・マソヒズム 3. 小児愛 4. その他( ) B. 薬物依存 1. 覚醒剤 2. 有機溶剤 3. 睡眠薬 4. その他( ) C. アルコール症 D. その他( )						
	I. 医療上の問題 1. 問題行動( ) 2. 病状不安定 3. 身体的合併症管理 4. 服薬管理 5. その他( )						
判定		見込み期間		1. 今回受診日以降 1ヶ月間		2. 第2ヶ月目以降 6ヶ月目まで	
1. 要入院医療		( )		円		円	
2. 要入院外医療		( )					
3. 医療不要							
上記の通り診察を (1. 要する 2. 要しない) ものと認めます。 令和7年11月19日 伊佐市福祉事務所長 様 東京都千代田区〇〇-△△ 指定医療機関の所在地及び名称 メディカル医院 院(所)長 (担当医師) 医師 太郎 テスト 医師 ㊞							
※嘱託医の意見							
※本庁技術吏員の意見							
※審議会の判定							

※発行取扱者

(注意) 1. ※の欄は記入しないでください。  
 2. ※の欄は欄外に継続入院となっている場合は記入の必要がありません。  
 3. この意見書の具体的記入要領及びこの患者が精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条の措置入院の要件に該当すると認められた場合の取り扱い、裏面によってください。  
 4. 概算医療費については、診療開始後6ヶ月に限り、「概算医療費」欄の「1. 今回診療以降1ヶ月間」にこの意見書による診療以降1ヶ月間に要する医療費概算額を「2. 第2ヶ月目以降6ヶ月目まで」に、1ヶ月月を超えて診療を必要と認めるものについて、第2ヶ月目以降6ヶ月目までに要する医療費概算額を記入してください。

※社会保険 (政・船・共・組)	※承認機関	年 月 日 から
※他法負担		年 月 日 まで
※本人支払額 有・無		

㊞

<b>精神疾患入院要否意見書</b> 院(所)長 様 長島町福祉事務所長		判
※発行年月日	年 月 日	
※受理年月日	年 月 日	

ケース番号					社 保 負 担	有	無	他 法 負 担	有	無	
保護決定 下記の者の傷病について 医療扶助を決定し、医療券 を発行してほしいか。	所長	次長	係長	係	起案						
	承認期間	から				決済	まで				
担当医	㊦										

※1.新規  
(1) 現在入院中  
(2) その他  
2.継続入院  
(1) 単給  
(2) 併給

※患者氏名	田中 一郎 (男)		※生年月日	昭和45年05月05日 生 (満 55 歳)	
※居住地	千葉県千葉市中央区				
※患者の職業			※※発病年月日		
現在の入院形態			当院入院年月日 (入院形態)	( )	
病 名	1. 主たる精神障害	2. 従たる精神障害	3. 身体合併症		
※※生活歴及び現病歴	精神科または神経科受診歴等を含め記載すること。  (陳述者氏名 続柄 )				
初回入院期間	～				
前回入院期間	～				
初回から前回までの入院回数	計 回				
過去6ヶ月間の病状または状態像の変化の概要	I. 悪化傾向    II. 動揺傾向    III. 不変    IV. 改善傾向 特記事項				
過去6ヶ月間の外泊の実績	I. 1 回    II. 2 回    III. 3 回以上    IV. なし				
現在の外出許可の状況	I. 外出禁止 II. 院内外出許可 (1 単独 2 他の患者同伴 3 看護者、家族等同伴) III. 院外外出許可 (1 単独 2 他の患者同伴 3 看護者、家族等同伴)				

現在の病状  又は状態像	I. 抑うつ状態 1. 抑うつ気分 2. 内的不穏 3. 焦燥・激越 4. 精神的抑止 5. 非責感 6. 自殺念慮 7. 睡眠障害 8. 食欲障害又は体重減少 9. その他( )
	II. 躁状態 1. 高揚気分 2. 多弁・多動 3. 行為心迫 4. 思考奔逸 5. 易怒性・被刺激性亢進 6. 誇大性 7. その他( )
III. 幻覚妄想状態 1. 幻覚 2. 妄想 3. させられ体験 4. 思考形式の障害 5. 奇異な行為 6. その他( )	
IV. 精神運動興奮状態 1. 減裂思考 2. 硬い表情・姿勢 3. 興奮状態 4. その他( )	
V. 昏迷状態 1. 無言 2. 無動・無反応 3. 拒絶・拒食 4. その他( )	
VI. 意識障害 1. 意識混濁 2. (夜間)せん妄 3. もうろう 4. その他( )	
VII. 知能障害 A. 精神遅滞 1. 軽度 2. 中等度 3. 重度 B. 認知症 1. 全体的 2. まだら(鳥状) 3. 仮性 4. その他( )	
VIII. 人格の病的状態 A. 人格障害 1. 妄想性 2. 衝動性 3. 演技性 4. 回避性 5. その他( ) B. 残遺性人格変化 1. 欠陥状態 2. 無関心 3. 無為 4. その他( )	
IX. その他 内容 A. 性心理的障害 1. フェティシズム 2. サド・マソヒズム 3. 小児愛 4. その他( ) B. 薬物依存 1. 覚醒剤 2. 有機溶剤 3. 睡眠薬 4. その他( ) C. アルコール症 D. その他( )	
入院外医療が	I. 医療上の問題 1. 問題行動( ) 2. 病状不安定 3. 身体的合併症管理 4. 服薬管理 5. その他( )
困難な理由	II. その他の問題 1. 家族の受入が困難 2. 日常生活に指導を要する 3. 住居確保が困難 4. その他( )

※発行取扱者

<b>医 学 的 総 合 判 定</b>		<b>概 算 医 療 費</b>	
判定 1. 要入院医療 ..... ( ) 2. 要入院外医療 ..... ( ) 3. 医療不要	見込み期間 ( )	1. 今回受診日以降 1ヶ月間	2. 第2ヶ月目以降 6ヶ月目まで
		円	円
上記の通り診察を (1. 要する 2. 要しない) ものと認めます。			
長島町福祉事務所長 様 東京都千代田区〇〇-△△ 指定医療機関の所在地及び名称 メディカル医院 院(所)長 (担当医師) 医師 太郎 テスト 医師 ㊦			
※福祉事務所嘱託委の意見		※本庁技術吏員の意見	
		※審議会の判定	

㊦

(注意) 1. ※の欄は 支 庁 地 域 振 興 局 が記入します。  
 2. ※※の欄は欄外に継続入院となっている場合は記入の必要がありません。  
 3. この意見書の具体的記入要領及びこの患者が精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条の措置入院の要件に該当すると認められた場合の取り扱い、裏面によってください。  
 4. 概算医療費については診療開始後6ヶ月に限り、「概算医療費」欄の「1. 今回診療以降1ヶ月間」にこの意見書による診療以降1ヶ月間に要する医療費概算額を「2. 第2ヶ月目以降6ヶ月目まで」に、1ヶ月を超えて診療を必要と認めるものについて、第2ヶ月目以降6ヶ月目までに要する医療費概算額を記入してください。

精神疾患入院要否意見書		判
院(所)長 様 鹿児島県北薩地域振興局長 (地域保健福祉課扱い)		
※発行年月日	年 月 日	下記患者の 年 月 日 以降の
※受理年月日	年 月 日	入院可否について意見を求めます。

ケース番号	社 保 負 担		有 無		他 法 負 担		有 無	
保護決定 下記の者の傷病について 医療扶助を決定し、医療券 を発行してほしいか。	決済区分	決済	決 済 回 議		起案			
					決済			
担当医	承認期間		から		まで			

※1.新規  
(1) 現在入院中  
(2) その他  
2.継続入院  
(1) 単給  
(2) 併給

※患者氏名	田中 一郎 (男)		※生年月日	昭和45年05月05日 生 (満 55 歳)	
※居住地	千葉県千葉市中央区				
※患者の職業			※※発病年月日		
現在の入院形態			当院入院年月日 (入院形態)	( )	
病 名	1. 主たる精神障害	2. 従たる精神障害	3. 身体合併症		
※※ 生活歴及び現病歴	精神科または神経科 受診歴等を含め記載す ること。  (陳述者氏名 続柄 )				
初回入院期間	～		～		
前回入院期間	～		～		
初回から前回 までの入院回数	計 回				
過去6ヶ月間の 病状または状態像 の変化の概要	I. 悪化傾向 II. 動揺傾向 III. 不変 IV. 改善傾向		特記事項		
過去6ヶ月間の 外泊の実績	I. 1 回 II. 2 回 III. 3 回以上 IV. なし				
現在の外出 許可の状況	I. 外出禁止 II. 院内外出許可 (1 単独 2 他の患者同伴 3 看護者、家族等同伴) III. 院外外出許可 (1 単独 2 他の患者同伴 3 看護者、家族等同伴)				

現在の病状 又は状態像	I. 抑うつ状態 1. 抑うつ気分 2. 内的不穏 3. 焦燥・激越 4. 精神的抑止 5. 非責感 6. 自殺念慮 7. 睡眠障害 8. 食欲障害又は体重減少 9. その他( )
	II. 躁状態 1. 高揚気分 2. 多弁・多動 3. 行為心迫 4. 思考奔逸 5. 易怒性・被刺激性亢進 6. 誇大性 7. その他( )
入院外医療が 困難な理由	III. 幻覚妄想状態 1. 幻覚 2. 妄想 3. させられ体験 4. 思考形式の障害 5. 奇異な行為 6. その他( )
	IV. 精神運動興奮状態 1. 減裂思考 2. 硬い表情・姿勢 3. 興奮状態 4. その他( )
医学的総合判定	V. 昏迷状態 1. 無言 2. 無動・無反応 3. 拒絶・拒食 4. その他( )
	VI. 意識障害 1. 意識混濁 2. (夜間)せん妄 3. もうろう 4. その他( )
概算医療費	VII. 知能障害 A. 精神遅滞 1. 軽度 2. 中等度 3. 重度 B. 認知症 1. 全体的 2. まだら(島状) 3. 仮性 4. その他( )
	VIII. 人格の病的状態 A. 人格障害 1. 妄想性 2. 衝動性 3. 演技性 4. 回避性 5. その他( ) B. 残遺性人格変化 1. 欠陥状態 2. 無関心 3. 無為 4. その他( )
判定	IX. その他 内容 A. 性心理的障害 1. フェティシズム 2. サド・マソヒズム 3. 小児愛 4. その他( ) B. 薬物依存 1. 覚醒剤 2. 有機溶剤 3. 睡眠薬 4. その他( ) C. アルコール症 D. その他( )
	I. 医療上の問題 1. 問題行動( ) 2. 症状不安定 3. 身体的合併症管理 4. 服薬管理 5. その他( )
見込み期間	II. その他の問題 1. 家族の受入が困難 2. 日常生活に指導を要する 3. 住居確保が困難 4. その他( )
	1. 要入院医療 ( ) 2. 要入院外医療 ( ) 3. 医療不要

※発行取扱者

上記の通り診察を (1. 要する 2. 要しない) ものと認めます。	
鹿児島県北薩地域振興局長 (地域保健福祉課扱い) 様 東京都千代田区〇〇-△△ 指定医療機関の所在地及び名称 院(所)長 (担当医師) 医師 太郎 テスト 医師 ㊦	
※地域振興局等嘱託医の意見	※本庁技術吏員の意見
※審議会の判定	

(注意) 1. ※の欄は 支 庁 が記入します。  
2. ※※の欄は欄外に継続入院となっている場合は記入の必要がありません。  
3. この意見書の具体的記入要領及びこの患者が精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条の措置入院の要件に該当すると認められた場合の取扱い、裏面によってください。  
4. 概算医療費については診療開始後6ヶ月に限り、「概算医療費」欄の「1. 今回診療以降1ヶ月間」にこの意見書による診療以降1ヶ月間に要する医療費概算額を「2. 第2ヶ月目以降6ヶ月目まで」に、1ヶ月を超えて診療を必要と認めるものについて、第2ヶ月目以降6ヶ月目までに要する医療費概算額を記入してください。

## 医療保護入院者退院支援委員会審議記録

委員会開催年月日 令和7年11月19日

患者氏名	田中 一郎	生年月日	昭和45年05月05日
退院後生活環境 相談員の氏名			
現在の入院期間	から		まで
出席者	主治医( ) 看護職員( ) 担当退院後生活環境相談員( ) 本人( <input type="checkbox"/> 出席 <input type="checkbox"/> 欠席)、家族等( (続柄) ) その他( )		
本人及び家族等の意見			
・ 入院期間の更新の必要性の有無とその理由 ・ 退院に向けた具体的な取組	○ 有 ○ 無		
更新後の入院期間 ※入院から6ヶ月経過までは3ヶ月以内、6ヶ月経過後は6ヶ月以内の期間。			まで
その他			

〔病院管理者の署名： 〕

〔記録者の署名： 〕